This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

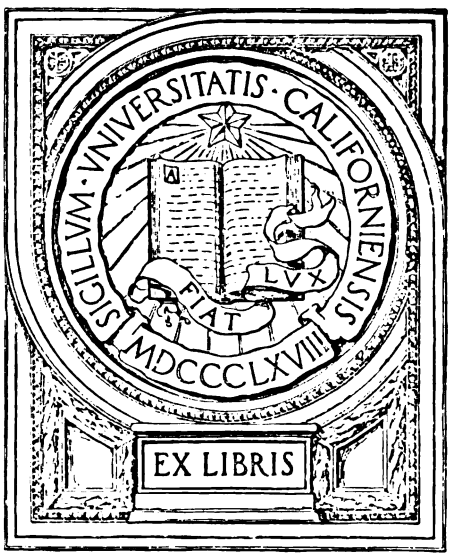
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO



DIE

DEUTSCHE KLINIK

AM EINGANGE

DES ZWANZIGSTEN JAHRHUNDERTS.

VI. BAND, 2. ABTHEILUNG:

GEISTESKRANKHEITEN.

DIE

DEUTSCHE KLINIK

AM EINGANGE

DES ZWANZIGSTEN JAHRHUNDERTS

IN AKADEMISCHEN VORLESUNGEN

HERAUSGEGEBEN VON

Dr. ERNST v. LEYDEN

O. Ö. PROFESSOR AN DER UNIVERSITÄT BERLIN, GEH. MEDICINAL-RATH

UND

Dr. FELIX KLEMPERER

PRIVATDOCENT AN DER UNIVERSITÄT BERLIN.

VI. BAND, 2. ABTHEILUNG:

GEISTESKRANKHEITEN.

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1906.

Q/3707

ALLE RECHTE VORBEHALTEN.

UNIV OF CALIF
MEDICAL SCHOOL

Verzeichnis der Mitarbeiter.

1. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Fr. Ahlfeld**, Director der Frauenklinik	Marburg	**Gynäkologie.**
2. Geh. Sanitätsrath Dr. **Em. Aufrecht**, Director des städt. Krankenhauses	Magdeburg	**Innere Medicin.**
3. Prof. Dr. **E. Baelz**, Director der med. Klinik	Tokyo	**Innere Medicin.**
4. Geh. Med.-Rath Dr. **A. Baer**	Berlin	**Psychiatrie.**
5. Prof. Dr. **Adolf Baginsky**, Director des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhauses	Berlin	**Pädiatrie.**
6. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Bäumler**, Director d. med. Klinik	Freiburg i. Br.	**Innere Medicin.**
7. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **v. Behring**, Excellenz, Director d. hygien. Instituts	Marburg	**Allg. Therapie.**
8. Prof. Dr. **Karl Benda**	Berlin	**Allg. Pathologie.**
9. Privatdocent Dr. **B. Bendix**	Berlin	**Pädiatrie.**
10. Prof. Dr. **Bernhardt**	Berlin	**Neuropathologie.**
11. Prof. Dr. **Bier**, Director der chirurg. Klinik	Bonn	**Chirurgie.**
12. Hofrath Prof. Dr. **Otto Binswanger**, Director d. psychiatr. Klinik	Jena	**Psychiatrie.**
13. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Binz**, Director des pharmakolog. Instituts	Bonn	**Allg. Therapie.**
14. Privatdocent Dr. **L. Blumreich**	Berlin	**Gynäkologie.**
15. Prof. Dr. **F. Blumenthal**	Berlin	**Innere Medicin.**
16. Dr. **J. Boas**	Berlin	**Innere Medicin.**
17. Prof. Dr. **Bonhoeffer**, Director der psychiatrischen Klinik	Breslau	**Psychiatrie.**
18. Prof. Dr. **L. Brauer**, Director der med. Klinik	Marburg	**Innere Medicin.**
19. Dr. **A. Brion**, Assistenzarzt d. med. Klinik	Strassburg i. E.	**Innere Medicin.**
20. Privatdocent Dr. **A. Bum**	Wien	**Allg. Therapie.**
21. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Ernst Bumm**, Director d. gynäkol. Klinik	Berlin	**Gynäkologie.**
22. Privatdocent Dr. **Buschke**	Berlin	**Dermatologie.**
23. Ober-Stabsarzt Dr. **Felix Buttersack**	Metz	**Allg. Therapie.**
24. Prof. Dr. **de la Camp**, Director der med. Poliklinik	Marburg	**Innere Medicin.**
25. Prof. Dr. **J. Caspary**, Director der dermat. Klinik	Königsberg i. Pr.	**Dermatologie.**
26. Prof. Dr. **L. Casper**	Berlin	**Urologie.**
27. Privatdocent Dr. **Cassirer**	Berlin	**Neuropathologie.**
28. Prof. Dr. **G. Cornet**	Berlin	**Innere Medicin.**
29. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Curschmann**, Director der med. Klinik	Leipzig	**Innere Medicin.**
30. Prof. Dr. **Adalbert Czerny**, Director der Kinderklinik	Breslau	**Pädiatrie.**
31. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **V. Czerny**, Excellenz, Director d. chir. Klinik	Heidelberg	**Chirurgie.**
32. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **W. Dönitz**, Director des Instituts für Infectionskrankheiten	Berlin	**Allg. Pathologie.**

+7603

33.	Prof. Dr. **v. Düring**, Director der dermatol. Klinik	Kiel	**Dermatologie.**
34.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. W. **Ebstein**, Director d. med. Klinik	Göttingen	**Innere Medicin.**
35.	Prof. Dr. **Edinger**	Frankfurt a. M.	**Neuropathologie.**
36.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Ehrlich**, Director des Instituts für experimentelle Therapie	Frankfurt a. M.	**Allg. Therapie.**
37.	Prof. Dr. **Herm. Eichhorst**, Director der med. Klinik	Zürich	**Innere Medicin.**
38.	Prof. Dr. **A. Freih. v. Eiselsberg**, Director der I. chirurg. Klinik	Wien	**Chirurgie.**
39.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Th. Engelmann**, Director des physiologischen Instituts	Berlin	**Allg. Pathologie.**
40.	Geh. Rath Prof. Dr. **W. H. Erb**, Director der med. Klinik	Heidelberg	**Innere Medicin.**
41.	Prof. Dr. **Escherich**, Director der Kinderklinik	Wien	**Pädiatrie.**
42.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **A. Eulenburg**	Berlin	**Neuropathologie.**
43.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Ewald**, dirig. Arzt am Augusta-Hospital	Berlin	**Innere Medicin.**
44.	Prof. Dr. **H. Falkenheim**, Director der Univ.-Kinderpoliklinik	Königsberg i. Pr.	**Pädiatrie.**
45.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Fehling**, Director d. gynäkol. Klinik	Strassburg i. E.	**Gynäkologie.**
46.	Professor Dr. **Finkelstein**	Berlin	**Pädiatrie.**
47.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Flechsig**, Director der psychiatr. Klinik	Leipzig	**Psychiatrie.**
48.	Hofrath Prof. Dr. **Fleiner**	Heidelberg	**Innere Medicin.**
49.	Prof. Dr. **A. Fraenkel**, Director des städt. Krankenhauses am Urban	Berlin	**Innere Medicin.**
50.	Dr. **M. Fraenkel**	Berlin	**Innere Medicin.**
51.	Prof. Dr. **Frankl Ritter v. Hochwart**	Wien	**Neuropathologie.**
52.	Prof. Dr. **W. A. Freund**	Berlin	**Gynäkologie.**
53.	Prof. Dr. **v. Frisch**	Wien	**Urologie.**
54.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Fritsch**, Director d. gynäkol. Klinik	Bonn a. Rh.	**Gynäkologie.**
55.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Fürbringer**	Berlin	**Innere Medicin.**
56.	Hofrath Prof. Dr. **Fürstner**, Director der psychiatr. Klinik	Strassburg i. E.	**Psychiatrie.**
57.	Prof. Dr. **Geigel**	Würzburg	**Innere Medicin.**
58.	Prof. Dr. **D. Gerhardt**, Director der med. Poliklinik	Jena	**Innere Medicin.**
59.	Prof. Dr. **Th. Gluck**, Director der chirurg. Abtheilung des Kaiser und Kaiserin Friedrich-Krankenhauses	Berlin	**Chirurgie.**
60.	Privatdocent Dr. **Rudolf Göbell**, Assistenzarzt der chirurg. Klinik zu Kiel	Kiel	**Urologie.**
61.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Goldscheider**, Director des Rudolf Virchow-Krankenhauses	Berlin	**Innere Medicin.**
62.	Prof. Dr. **Ernst Grawitz**, Oberarzt des städt. Krankenhauses zu Charlottenburg	Berlin	**Innere Medicin.**
63.	Prof. Dr. **E. Grunmach**	Berlin	**Innere Medicin.**
64.	Privatdocent Dr. **H. Gutzmann**	Berlin	**Innere Medicin.**
65.	Prof. Dr. **v. Hansemann**	Berlin	**Allg. Pathologie.**
66.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **A. Hegar**, Director d. gynäkolog. Klinik	Freiburg i. Br.	**Gynäkologie.**
67.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Helferich**, Director der chirurg. Klinik	Kiel	**Chirurgie.**
68.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Henoch**	Dresden	**Pädiatrie.**
69.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **O. Hertwig**, Director des II. anatomischen Instituts	Berlin	**Allg. Pathologie.**
70.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Heubner**, Director d. Kinderklinik	Berlin	**Pädiatrie.**

71.	Prof. Dr. **P. Heymann**	Berlin	**Rhinolaryngologie.**
72.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Hirschberg**	Berlin	**Ophthalmologie.**
73.	Privatdocent Dr. **F. Hirschfeld**	Berlin	**Innere Medicin.**
74.	Prof. Dr. **W. His**, Director der med. Klinik	Basel	**Innere Medicin.**
75.	Geh. Hofrath Prof. Dr. **A. Hoche**, Director d. psych. Klinik	Freiburg i. Br.	**Psychiatrie.**
76.	Dr. **K. Hoshsinger**	Wien	**Pädiatrie.**
77.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **A. Hoffa**, Director d. Univ.-Poliklinik f. Orthopädie	Berlin	**Chirurgie.**
78.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Hoffmann**, Director d. med. poliklinischen Instituts	Leipzig	**Innere Medicin.**
79.	Prof. Dr. **A. Hoffmann**, dirig. Arzt des Rothen Kreuz-Krankenhauses	Düsseldorf	**Innere Medicin.**
80.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Max Hofmeier**, Director der gynäkol. Klinik	Würzburg	**Gynäkologie.**
81.	Prof. Dr. **Hoppe-Seyler**, dirig. Arzt d. städt. Krankenhauses	Kiel	**Innere Medicin.**
82.	Prof. Dr. **Hueppe**, Director des hygienischen Instituts	Prag	**Allg. Pathologie.**
83.	Prof. Dr. **Jacob**	Berlin	**Innere Medicin.**
84.	Prof. Dr. **Eduard Jacobi**, Vorstand der Univ.-Klinik und Poliklinik für Haut- u. Geschlechtskrankheiten	Freiburg i. Br.	**Dermatologie.**
85.	Prof. Dr. **I. Jadassohn**, Director der dermat. Klinik	Bern	**Dermatologie.**
86.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Jaffé**, Director d. pharm. Instituts	Königsberg i. Pr.	**Allg. Therapie.**
87.	Prof. Dr. Ritter **v. Jaksch**, Director der med. Klinik	Prag	**Innere Medicin.**
88.	Privatdocent Dr. **Jansen**	Berlin	**Otologie.**
89.	San.-Rath Dr. **M. Jastrowitz**	Berlin	**Neuropathologie.**
90.	Prof. Dr. **Joachimsthal**	Berlin	**Chirurgie.**
91.	weil. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Jolly**, Dir. d. psychiatr. Klinik	Berlin	**Psychiatrie.**
92.	Prof. Dr. **Th. v. Jürgensen**, Director d. med. Poliklinik	Tübingen	**Innere Medicin.**
93.	weil. Hofrath Prof. Dr. **Kaposi**, Director d. dermatol. Klinik	Wien	**Dermatologie.**
94.	Prof. Dr. **F. Karewski**	Berlin	**Chirurgie.**
95.	Prof. Dr. **Kausch**, Director d. Victoria Luise-Krankenhauses	Schöneberg, Berl.	**Chirurgie.**
96.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **H. Kehr**	Halberstadt	**Chirurgie.**
97.	Dr. **C. Keller**	Berlin	**Gynäkologie.**
98.	Prof. Dr. **Kionka**, Director d. pharmakol. Instituts	Jena	**Allg. Therapie.**
99.	Geh. Ob.-Med.-Rath Prof. Dr. **Kirchner**	Berlin	**Allg. Therapie.**
100.	Prof. Dr. **E. H. Kisch**	Prag	**Innere Medicin.**
101.	Privatdocent Dr. **F. Kiemperer**	Berlin	**Innere Medicin.**
102.	Prof. Dr. **G. Klemperer**, dirig. Arzt am städt. Krankenhause Moabit	Berlin	**Innere Medicin.**
103.	Dr. **V. Klingmüller**	Breslau	**Dermatologie.**
104.	Prof. Dr. **A. Koblanck**	Berlin	**Gynäkologie.**
105.	Prof. Dr. **Th. Kocher**, Director der chirurg. Klinik	Bern	**Chirurgie.**
106.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **König**, Director der chir. Klinik	Berlin	**Chirurgie.**
107.	Prof. Dr. **A. Kohts**, Director der Kinderklinik	Strassburg i. E.	**Pädiatrie.**
108.	Prof. Dr. **Kolle**, Director des hygien. Instituts	Bern	**Innere Medicin.**
109.	Geh. San.-Rath Prof. Dr. **F. Körte**, Director der chirurg. Abtheilung des städt. Krankenhauses am Urban	Berlin	**Chirurgie.**
110.	weil. Hofrath Prof. Dr. Freiherr v. **Krafft-Ebing**, Director der psychiatr. Klinik	Wien	**Psychiatrie.**
111.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Kraus**, Director d. II. med. Klinik	Berlin	**Innere Medicin.**
112.	Prof. Dr. **F. Krause**, dirig. Arzt am Augusta-Hospital	Berlin	**Chirurgie.**
113.	Prof. Dr. **L. Krehl**, Director der med. Klinik	Strassburg i. E.	**Innere Medicin.**
114.	Prof. Dr. **B. Kroenig**, Director der gynäkol. Klinik	Freiburg i. B.	**Gynäkologie.**
115.	Prof. Dr. **G. Kroenig**, dirig. Arzt am städt. Krankenhause Friedrichshain	Berlin	**Innere Medicin.**

116.	Prof. Dr. **Kronecker**, Director des Hallerianum	Bern	**Allg. Pathologie.**
117.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **E. Küster**, Direct. d. chirurg. Klinik.	Marburg a. L.	**Chirurgie.**
118.	Prof. Dr. **Landau**	Berlin	**Gynäkologie.**
119.	Prof. Dr. **O. Lassar**	Berlin	**Dermatologie.**
120.	Privatdocent Dr. **A. Lazarus**	Berlin	**Innere Medicin.**
121.	San.-Rath Prof. Dr. **J. Lazarus**, dirig. Arzt am jüdischen Krankenhause	Berlin	**Innere Medicin.**
122.	Privatdocent Dr. **Paul Lazarus**	Berlin	**Neuropathologie.**
123.	Prof. Dr. **Georg Ledderhose**	Strassburg i. E.	**Chirurgie.**
124.	Dr. **E. Ledermann**	Berlin	**Dermatologie.**
125.	Prof. Dr. **Hans Leo**, Director der med. Poliklinik	Bonn	**Innere Medicin.**
126.	Prof. Dr. **Edm. Lesser**, Director der dermatolog. Klinik	Berlin	**Dermatologie.**
127.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **W. v. Leube**, Direct. d. med. Klinik	Würzburg	**Innere Medicin.**
128.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Ernst v. Leyden**, Director der I. med. Klinik	Berlin	**Innere Medicin.**
129.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Lichtheim**, Director d. med. Klinik	Königsberg	**Innere Medicin.**
130.	weil. Prof. Dr. **Carl v. Liebermeister**, Director der med. Klinik	Tübingen	**Innere Medicin.**
131.	Prof. Dr. **Liepmann**	Berlin	**Psychiatrie.**
132.	Prof. Dr. **M. Litten**, dirig. Arzt am städt. Krankenhause	Berlin	**Innere Medicin.**
133.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Loeffler**, Director d. hyg. Instituts	Greifswald	**Innere Medicin.**
134.	weil. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Löhlein**, Director der gynäkologischen Klinik	Giessen	**Gynäkologie.**
135.	Prof. Dr. **H. Lüthje**, Director des städt. Krankenhauses	Frankfurt a. M.	**Innere Medicin.**
136.	Prof. Dr. **A. Martin**, Director der gynäkologischen Klinik	Greifswald	**Gynäkologie.**
137.	Prof. Dr. **Martius**, Director der med. Klinik	Rostock	**Innere Medicin.**
138.	Prof. Dr. **Matterstock**, Director der med. Poliklinik	Würzburg	**Innere Medicin.**
139.	Prof. Dr. **Mendel**	Berlin	**Psychiatrie.**
140.	Prof. Dr. **M. Mendelsohn**	Berlin	**Innere Medicin.**
141.	Prof. Dr. **J. Freiherr v. Mering**, Dir. d. med. Klinik	Halle	**Innere Medicin.**
142.	Privatdocent Dr. **Leonor Michaelis**, Assistenzarzt der I. med. Klinik	Berlin	**Allg. Pathologie.**
143.	Prof. Dr. **Max Michaelis**	Berlin	**Innere Medicin.**
144.	weil. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **J. v. Mikulicz**, Director der chir. Klinik	Breslau	**Chirurgie.**
145.	Prof. Dr. **W. D. Miller**	Berlin	**Chirurgie.**
146.	Prof. Dr. **Minkowski**, Direktor der med. Klinik	Greifswald	**Innere Medicin.**
147.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Moeli**, Director der städt. Irrenanstalt	Lichtenberg bei Berlin	**Psychiatrie.**
148.	Prof. Dr. **A. Moeller**, dirig. Arzt der Lungenheilstätte	Belzig b. Berlin	**Innere Medicin.**
149.	Prof. Dr. **A. Monti**, Director der Allgemeinen Poliklinik	Wien	**Pädiatrie.**
150.	Prof. Dr. **F. Moritz**, Director der med. Klinik	Giessen	**Innere Medicin.**
151.	Dr. **Mosse**, Assistenzarzt d. med. Poliklinik	Berlin	**Innere Medicin.**
152.	Prof. Dr. **Fr. Müller**, Director der med. Klinik	München	**Innere Medicin.**
153.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Naunyn**, Director der med. Klinik	Strassburg i. E.	**Innere Medicin.**
154.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **A. Neisser**, Director der dermat. Klinik	Breslau	**Dermatologie.**
155.	Privatdocent Dr. **H. Neumann**	Berlin	**Pädiatrie.**
156.	Hofrath Prof. Dr. **E. v. Neusser**, Director der II. med. Klinik	Wien	**Innere Medicin.**
157.	Prof. Dr. **A. Nikolaier**	Berlin	**Innere Medicin.**

158.	Prof. Dr. **Nitze**	Berlin	**Urologie.**
159.	Prof. Dr. **Carl v. Noorden**, Director der I. med. Klinik	Wien	**Innere Medicin.**
160.	weil. Hofr. Prof. Dr. **H. Nothnagel**, Dir. d. I. med. Klinik	Wien	**Innere Medicin.**
161.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Olshausen**, Director der gynäkol. Klinik	Berlin	**Gynäkologie.**
162.	Prof. Dr. **M. Ortner**	Wien	**Innere Medicin.**
163.	Hofrath Prof. Dr. **Oser**, Director d. israel. Krankenhauses	Wien	**Innere Medicin.**
164.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Passow**, Dir. d. Univ.-Klinik für Ohrenkrankheiten	Berlin	**Otologie.**
165.	Prof. Dr. **E. Peiper**	Greifswald	**Innere Medicin.**
166.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Pelmann**, Director der psychiatr. Klinik	Bonn	**Psychiatrie.**
167.	Prof. Dr. **Franz Penzoldt**, Director der med. Klinik	Erlangen	**Innere Medicin.**
168.	Dr. **F. Pinkus**	Berlin	**Dermatologie.**
169.	Prof. Dr. **Posner**	Berlin	**Urologie.**
170.	Hofrath Prof. Dr. **Pribram**, Director der med. Klinik	Prag	**Innere Medicin.**
171.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Quincke**, Director d. med. Klinik	Kiel	**Innere Medicin.**
172.	Prof. Dr. **E. Redlich**	Wien	**Neuropathologie.**
173.	Prof. Dr. **L. Rehn**, dirig. Arzt am städt. Krankenhause	Frankfurt a. M.	**Chirurgie.**
174.	Prof. Dr. **Remak**	Berlin	**Neuropathologie.**
175.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Renvers**, Direct. d. städtischen Krankenhauses Moabit	Berlin	**Innere Medicin.**
176.	Privatdocent Dr. **Paul Friedrich Richter**	Berlin	**Innere Medicin.**
177.	weil. Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Riegel**, Dir. d. med. Klinik	Giessen	**Innere Medicin.**
178.	Prof. Dr. **Gustav Riehl**, Director der dermatolog. Klinik	Wien	**Dermatologie.**
179.	San.-Rath Prof. Dr. **L. Riess**	Berlin	**Innere Medicin.**
180.	Prof. Dr. **Romberg**, Director der med. Klinik	Tübingen	**Innere Medicin.**
181.	Prof. Dr. **O. Rosenbach**	Berlin	**Innere Medicin.**
182.	Prof. Dr. **Th. Rosenheim**	Berlin	**Innere Medicin.**
183.	weil. Prof. Dr. **Rosenstein**, Director der med. Klinik	Leiden	**Innere Medicin.**
184.	Prof. Dr. **Rosin**	Berlin	**Innere Medicin.**
185.	Reg.-Rath Privatdocent Dr. **E. Rost**	Berlin	**Allg. Pathologie.**
186.	Prof. Dr. **v. Rosthorn**, Director der gynäkolog. Klinik	Heidelberg	**Gynäkologie.**
187.	Privatdocent Dr. **Max Rothmann**	Berlin	**Neuropathologie.**
188.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **M. Rubner**	Berlin	**Hygiene.**
189.	Prof. Dr. **Rumpf**	Bonn	**Innere Medicin.**
190.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Salkowski**, Vorstand des Chem. Laboratoriums am patholog. Institut	Berlin	**Allg. Pathologie.**
191.	Privatdocent Dr. **Schäffer**	Breslau	**Dermatologie.**
192.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Schatz**, Director d. gynäk. Klinik	Rostock	**Gynäkologie.**
193.	Hofrath Prof. Dr. **Fr. Schauta**, Director d. gynäk. Klinik	Wien	**Gynäkologie.**
194.	Prof. Dr. **Karl Schleich**	Berlin	**Chirurgie.**
195.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Schmidt-Rimpler**, Director der Augenklinik	Göttingen	**Ophthalmologie.**
196.	Prof. Dr. **W. Scholtz**, Director der Univ.-Hautklinik	Königsberg i. Pr.	**Dermatologie.**
197.	Hofrath Prof. Dr. **L. v. Schroetter**, Dir. d. III. med. Klinik	Wien	**Innere Medicin.**
198.	Staatsrath Prof. Dr. **Schultze**, Director der med. Klinik	Bonn	**Innere Medicin.**
199.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **B. S. Schultze**, Dir. d. Frauenkl.	Jena	**Gynäkologie.**
200.	Privatdocent Dr. **P. Schuster**	Charlottenburg	**Neuropathologie.**
201.	Prof. Dr. **A. Schütze**, Assistenzarzt am Institut für Infectionskrankheiten	Berlin	**Innere Medicin.**

202.	Privatdocent Dr. **W. Seiffer**	Berlin	**Psychiatrie.**
203.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Senator**, Director d. Universitäts-Poliklinik	Berlin	**Innere Medicin.**
204.	Prof. Dr. **Siemerling**, Director der psychiatrischen Klinik	Kiel	**Psychiatrie.**
205.	Prof. Dr. **Felix Skutsch**	Leipzig	**Gynäkologie.**
206.	Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Soltmann**, Director d. Kinderklinik	Leipzig	**Pädiatrie.**
207.	Prof. Dr. **R. Sommer**, Director der psychiatrischen Klinik	Giessen	**Psychiatrie.**
208.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Sonnenburg**, Director der chir. Abtheilung des Krankenhauses Moabit	Berlin	**Chirurgie.**
209.	Hofrath Prof. Dr. **E. Stadelmann**, Director des städtischen Krankenhauses Friedrichshain	Berlin	**Innere Medicin.**
210.	Prof. Dr. **R. Stern**, Director der Univ.-Poliklinik	Breslau	**Innere Medicin.**
211.	Hofrath Prof. Dr. **Stintzing**, Director der med. Klinik	Jena	**Innere Medicin.**
212.	Privatdocent Dr. **J. Strasburger**	Bonn	**Innere Medicin.**
213.	Privatdocent Dr. **A. Strasser**	Wien	**Innere Medicin.**
214.	Prof. Dr. **F. Strassmann**	Berlin	**Gynäkologie.**
215.	Prof. Dr. **Strauss**	Berlin	**Innere Medicin.**
216.	Prof. Dr. **Strübing**, Director der med. Poliklinik	Greifswald	**Innere Medicin.**
217.	Prof. Dr. **Ad. v. Strümpell**, Director der med. Klinik	Breslau	**Innere Medicin.**
218.	Dr. **K. Touton**	Wiesbaden	**Dermatologie.**
219.	Prof. Dr. **Umber**, dirig. Arzt am städt. Krankenhause	Altona	**Innere Medicin.**
220.	Dr. **P. G. Unna**	Hamburg	**Dermatologie.**
221.	Med.-Rath Prof. Dr. **Unverricht**, Direct. d. städt. Krankenh.	Magdeburg	**Innere Medicin.**
222.	Prof. Dr. **Victor Urbantschitsch**	Wien	**Otologie.**
223.	Prof. Dr. **J. F. Veit**, Director d. gynäkol. Klinik	Halle	**Gynäkologie.**
224.	Prof. Dr. **O. Vierordt**, Director d. med. Poliklinik	Heidelberg	**Innere Medicin.**
225.	Prof. Dr. **Verworn**, Director des physiol. Institutes	Göttingen	**Allg. Pathologie.**
226.	Dr. **G. Vogel**	Aachen	**Gynäkologie.**
227.	Dr. **Vorkastner**, Assistent a. der Univers.-Nervenklinik	Berlin	**Neuropathologie.**
228.	Stabsarzt Dr. **Voss**, Assistent d. Univ.-Ohrenklinik	Berlin	**Otologie.**
229.	Prof. Dr. **Vulpius**	Heidelberg	**Chirurgie.**
230.	Prof. Dr. **W. Weintraud**, Ob.-Arzt d. inneren Abtheil. des städt. Krankenhauses	Wiesbaden	**Innere Medicin.**
231.	Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Wernicke**, Director d. psychiatrischen Klinik	Breslau	**Neuropathologie.**
232.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **v. Winckel**, Director d. gynäkologischen Klinik	München	**Gynäkologie.**
233.	Prof. Dr. **Oskar Witzel**	Bonn	**Chirurgie.**
234.	Dr. **H. Wohlgemuth**	Berlin	**Allg. Pathologie.**
235.	Prof. Dr. **Alfred Wolff**, Director d. dermat. Klinik	Strassburg i. E.	**Dermatologie.**
236.	Prof. Dr. **Wollenberg**, Director der psychiatrischen Klinik	Tübingen	**Psychiatrie.**
237.	Prof. Dr. **Th. Wyder**, Director der gynäkologischen Klinik	Zürich	**Gynäkologie.**
238.	Privatdocent Dr. **Julius Zappert**	Wien	**Pädiatrie.**
239.	Prof. Dr. **M. v. Zeissl**	Wien	**Dermatologie.**
240.	Geh. Hofrath Prof. Dr. **Ziegler**, Director d. pathol. Institutes	Freiburg i. Br.	**Allg. Pathologie.**
241.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Th. Ziehen**, Director der psychiatrischen Klinik	Berlin	**Neuropathologie.**
242.	Prof. Dr. **W. Zinn**, dirig. Arzt der inn. Abth. des Krankenhauses „Bethanien“	Berlin	**Innere Medicin.**
243.	Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Zweifel**, Director d. gynäk. Klinik	Leipzig	**Gynäkologie.**

Inhalt.

		Seite
1. Vorlesung:	*R. Sommer,* Die klinische Untersuchung der Geisteskrankheiten . .	1
2. „	*O. Binswanger,* Die allgemeine progressive Paralyse der Irren (Dementia paralytica)	59
3. „	*R. v. Krafft-Ebing,* Ueber sexuelle Perversionen	113
4. „	*C. Fürstner,* Ueber hysterische Geistesstörungen	155
5. „	*C. Pelman,* Ueber die Behandlung der Geisteskranken	173
6. „	*A. Hoche,* Das acute hallucinatorische Irresein (Amentia)	197
7. „	*A. Hoche,* Ueber Dementia praecox	207
8. „	*A. Baer,* Ueber die Trunksucht, ihre Folgen und ihre Bekämpfung	225
9. „	*R. Sommer,* Paranoia	297
10. „	*C. Moeli,* Die Imbecillität	317
11. „	*E. Mendel,* Die psychiatrische Begutachtung vor Gericht	341
12. „	*E. Siemerling,* Ueber Psychosen im Zusammenhang mit acuten und chronischen Infectionskrankheiten	363
13. „	*E. Siemerling,* Graviditäts- und Puerperalpsychosen	399
14. „	*M. Jastrowitz,* Ueber Morphinismus	412
15. „	*W. Seiffer,* Die Manie, die periodische Manie und das circuläre Irresein	467
16. „	*R. Wollenberg,* Die Melancholie	493
17. „	*K. Bonhoeffer,* Die alkoholischen Geistesstörungen	511
18. „	*H. Liepmann,* Epileptische Geistesstörungen	541
Register	. . . . .	561

1. VORLESUNG.

Die klinische Untersuchung der Geisteskrankheiten.

Von

R. Sommer,

Giessen.

Meine Herren! Geht man in naturwissenschaftlicher Weise an den Geisteskranken, dessen Zustand erforscht werden soll, heran, so ist derselbe zunächst wie jeder andere in der Natur vorkommende Körper in Bezug auf Ausdehnung, Form, Schwere, Oberflächenbeschaffenheit, Constitution der Theile zu betrachten.

Daraus folgt zunächst die Nothwendigkeit einer gründlichen körperlichen Untersuchung, die auch bei Fällen, in denen scheinbar nur rein psychische Störungen vorliegen, nicht vernachlässigt werden darf.

Hier werden die nahen Beziehungen ersichtlich, welche die psychiatrische Diagnostik zur inneren Medicin im allgemeinen und zur Neurologie im besonderen hat.

Nur auf dem Boden der allgemeinen medicinischen Wissenschaft kann die klinische Psychiatrie gedeihen und zur diagnostischen Verwerthung der Resultate gelangen, welche aus der psychopathologischen Analyse gewonnen werden. Die Anwendung der Untersuchungsmethoden, welche im Gebiet der inneren Medicin ausgebildet sind, ist eine Theilaufgabe der naturwissenschaftlichen Behandlung der Psychiatrie.

Das naturwissenschaftliche Princip, das wir bei der psychiatrischen Diagnostik festhalten, erfordert, dass die Form und Constitution des Objectes, d. h. die äussere Erscheinung und körperliche Beschaffenheit des Geisteskranken, möglichst genau bestimmt und methodisch gemessen wird; dabei müssen praktisch vier Arten von Erscheinungen auseinandergehalten werden.

1. Die im wesentlichen unveränderlichen Formen des Baues, welche von der Anlage des Knochensystems abhängen.

2. Die im geringen Grade veränderliche Beschaffenheit der äusseren Bedeckungen, welche von der Blut- und Säftefüllung, sowie dem Ernährungszustand der Haut abhängt.

3. Die rasch veränderlichen Erscheinungen, die durch willkürliche oder unwillkürliche Muskelspannungen zustande kommen.

4. Die Constitution des Körpers und seiner Organe.

Die nächste Beziehung zur körperlichen Medicin ist also schon durch das allgemein naturwissenschaftliche Princip der psychiatrischen Diagnostik gegeben.

Dem entsprechend müssen bei der Untersuchung zunächst die morphologischen Zustände eingehend berücksichtigt werden. Eine Anzahl von Streitfragen im Gebiet der Degenerationsanthropologie würden vermuthlich schon geklärt sein, wenn die Beobachter diesen Punkt gleichmässig berücksichtigt hätten.

Auch dem Praktiker wird es möglich sein, wenn ihm auch zu genauen Körpermessungen keine Zeit bleibt, wenigstens einige Maasse betreffs Körperlänge und Schädelform zu nehmen, den Bau des Körpers, besonders des Schädels, in kurzen Zügen zu beschreiben. Wir müssen die morphologischen Methoden in einem gesonderten Capitel behandeln.

Sodann ist die Beschaffenheit der Oberfläche, besonders der Ernährungszustand der Haut genau zu beschreiben. Im Zusammenhang hiermit empfiehlt es sich, das Körpergewicht, wenn irgend möglich, festzustellen. Dieses spielt in der praktischen Psychiatrie eine vielleicht noch grössere Rolle, als in der inneren Medicin. Bei der Untersuchung der Körperoberfläche ist die Eigenschaft, welche bei der physikalischen Betrachtung aller Körper von grösster Wichtigkeit ist, die Wärme, zu beachten. Es kommt dabei einerseits die Wärmeabgabe in Betracht, wie sie mit dem Thermometer am Kranken gemessen wird, andererseits die localen Differenzen, wie sie häufig als nervöses Symptom, vor allem an den Extremitäten, auftreten. Die Unterlassung genauer Temperaturmessung kann zu sehr schlimmen diagnostischen Irrthümern Veranlassung geben, besonders wenn es sich um Psychosen bei Infectionskrankheiten handelt, wobei manchmal Fieber einige Zeit das einzig wahrnehmbare Symptom der schweren körperlichen Krankheit ist. Auch kann die Feststellung des Fiebers bei einer ausbrechenden Tobsucht bei Ausschluss anderer körperlicher Krankheit auf die epileptische Natur der Störung leiten. Ferner macht sich bei Delirium tremens das Auftreten von Nierencomplicationen meist durch Abnormitäten der Temperatur (Te.-Steigerungen, gelegentlich von abnormal niedrigen Temperaturen unterbrochen) bemerklich. Sodann ist bei den als Delirium acutum bezeichneten und gefürchteten Fällen leichtes Fieber oft die erste Erscheinung, welche den Uebergang des zuerst scheinbar functionellen Krankheitsbildes in die Periode rasch zunehmender Verwirrtheit mit Prostration andeutet.

Kurz die Temperaturverhältnisse können in der Diagnostik der Psychosen ebenso wichtig sein, wie bei vielen körperlichen Krankheiten, und sind in allen Fällen zu berücksichtigen.

Bei der Untersuchung des Ernährungszustandes fallen oft vasomotorische Besonderheiten in das Auge. Der rasche Wechsel von Blässe und Röthe, scharf umschriebene Röthungen der Haut, Unterschiede der Hautröthungen zwischen rechts und links, besonders am Gesicht, treten öfter hervor und sind als Zeichen starker Empfindlichkeit des vasomotorischen Systems zu bemerken. Diese Erscheinungen können gelegentlich in Verbindung mit anderen Zeichen nervöser Erreglichkeit als differential-dia-

gnostisches Moment für die hysterische oder epileptische Natur einer Psychose in Betracht kommen.

Das Gleiche gilt für die reflectorisch nach Bestreichen der Haut auftretenden abnorm starken Contracturen oder andauernden Paresen der Blutgefässmuskulatur, die sich als intensiv weisse oder rothe Streifen geltend machen (Dermographie).

Neben den vasomotorischen Erscheinungen lassen sich öfter secretorische Abnormitäten feststellen. Man achte besonders auf die Schweissabsonderung, die als nervöses Symptom unabhängig von der Zimmertemperatur auftreten kann. Dabei ist häufig ein partieller Charakter der Erscheinung ersichtlich. So sitzen z. B. die Schweissperlen gelegentlich nur an der Stirn oder an der Oberlippe, manchmal sind die Erscheinungen einseitig. Vor allem ist die Beziehung des Phänomens zu Affecten, besonders Angst im Auge zu behalten. In der Reconvalescenz von Angstpsychosen kommt es vor, dass sich leichte Rückfälle, die gelegentlich durch äussere Momente ausgelöst werden, sofort durch Schweissausbruch verrathen. Diese Erscheinung wird als Zeichen einer noch vorhandenen abnormen Reizbarkeit des Nervensystems praktisch und therapeutisch sehr beachtet werden müssen.

Mit den secretorischen Anomalien, welche sich olfactorisch verrathen, ist bei Mangel an Untersuchungsmethoden in Bezug auf die Zusammensetzung des Schweisses diagnostisch nichts anzufangen. Immerhin verdient es erwähnt zu werden, dass sich manche Geisteskranke, anscheinend besonders solche, die mit Muskelspannungszuständen behaftet sind, selbst bei häufiger Behandlung mit Bädern durch einen eigenartigen Geruch auszeichnen. So sonderbar auch die Vorstellungen sind, welche sich in einem Seitengebiet der Psychologie über olfactorische Aeusserungen des Seelenwesens gebildet haben, so kann doch an der Thatsache solcher secretorischer, durch den Geruch wahrnehmbarer Anomalieen vom Standpunkt der einfachen Erfahrung nicht gezweifelt werden. Jedenfalls gehört es bei Ausschaltung aller Hypothesen zur Vollständigkeit, derartige Erscheinungen unbefangen zu registriren.

Bei einer Anzahl von Geistesstörungen, speciell Verblödungsprocessen, machen sich ferner Anomalien der Speichelsecretion bemerkbar, die ebenfalls noch ganz unerforscht sind, aber gerade deshalb im einzelnen Fall der Feststellung bedürfen.

Nach Untersuchung der vasomotorischen und secretorischen Erscheinungen ist die Aufmerksamkeit auf die Beschaffenheit der willkürlichen Innervationen zu richten. Wir müssen hier im allgemeinen auf die Wichtigkeit der gründlichen Untersuchung der Muskelzustände und Innervationsverhältnisse hinweisen. In der Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik spielt dieser Punkt eine bedeutende Rolle. Eine Anzahl von wichtigen Fortschritten z. B. in der Lehre von der fortschreitenden Paralyse sind lediglich der Entdeckung motorischer Erscheinungen, die vorher übersehen waren, zu verdanken.

Es sollen zunächst, wie bei rein neurologischen Fällen, die verschiedenen Muskel- und Nervengebiete durchuntersucht werden. Besonders ist auf die Innervationsverhältnisse der Kopfnerven zu achten. Dabei ist in noch höherem Grade, als dort, die Symmetrie der Innervationen in Betracht zu ziehen.

Ich mache schon hier für die psychiatrische Betrachtung auf einen Punkt aufmerksam, der bisher wenig beachtet worden ist, nämlich das gleichzeitige Vorhandensein von Abnormitäten der Innervation und von morphologischen Abnormitäten speciell im Schädelbau auf der gleichen Seite derart, dass die schwächer entwickelte Seite auch die geringere willkürliche Innervation zeigt. Die Feststellung des gleichzeitigen Vorhandenseins dieser Anomalien ist besonders in den Fällen wichtig, bei denen es sich um die Frage handelt, ob solche Differenzen der Innervation infolge leichter Parese einer Seite im späteren Leben entstanden sind. Das oben erwähnte Zusammentreffen deutet in solchen Fällen auf angeborene Verhältnisse und ist gegen die spätere Entstehung zu verwerthen.

Den grössten Theil der dabei in Betracht zu ziehenden Untersuchungsmethoden müssen wir hier als bekannt voraussetzen. Neben den in der Neurologie behandelten Paresen, Spasmen und klonischen Zuständen der einzelnen Nervengebiete kommen jedoch für die Psychiatrie noch eine Reihe von Muskelzuständen in Betracht, die eine gesonderte Behandlung verdienen, da sie für die Diagnose gewisser psychischer Krankheitsformen wichtig sind. Wir wollen diese in einem besonderen Capitel betrachten.

Ebenso sind die reflectorischen Verhältnisse eingehend zu untersuchen. Auch dieser Punkt verlangt im Hinblick auf die Schwierigkeit der Untersuchung bei Geisteskranken eine ausführliche Darstellung.

Sodann ist die gründliche Untersuchung der inneren Organe mit den Methoden der physikalischen Medicin erforderlich. Dabei ist die Untersuchung der Abscheidungen, speciell des Urins mit den üblichen Methoden vorzunehmen. Eine Anzahl von Fehldiagnosen bei Psychosen infolge von Autointoxication (Urämie, Diabetes) würden vermieden werden, wenn diese einfache Regel streng befolgt würde. Auch kann bei plötzlich auftretenden Tobsuchtsanfällen der Befund von Eiweiss im Urin auf die epileptische oder alkoholistische Natur der Psychose leiten.

Ebenso erweist sich zur Diagnose der mit Verwirrtheit verlaufenden Fälle von Typhus abdominalis und Meningitis cerebrospinalis die sorgfältigste körperliche Untersuchung als Voraussetzung, da das gewöhnliche Bild dieser Krankheiten durch die Psychose sehr verwischt sein kann.

Die Vollständigkeit der körperlichen Untersuchung gehört zu den ersten Voraussetzungen einer psychiatrischen Diagnostik, die wirklich naturwissenschaftlich sein will. Erst auf dieser Grundlage kann die Analyse der psychischen Symptome einen wahrhaft klinischen Charakter bekommen.

* * *

Dass die nahen Beziehungen zur inneren Medicin und Neurologie sich als nothwendige Forderungen ergeben, sobald man die Psychopathologie als Theil der Naturwissenschaft auffasst, ist soeben ausgeführt worden.

Es ist weiter zu zeigen, welche Aufgaben der Psychopathologie im Hinblick auf die analytische Psychologie erwachsen und welche Bedeutung diese für die praktische Diagnostik hat. Dabei ergeben sich folgende principielle Forderungen:

1. Die gesammten Erscheinungen und spontanen Aeusserungen der Geisteskranken sind mit allen Mitteln festzuhalten, zu registriren und zu messen.

2. Methodische Untersuchungen werden am besten nach dem Princip eines physiologischen Experiments angestellt, indem sowohl Reiz als Wirkung genau bestimmt werden. Der physiologische „Reiz" nimmt allerdings in der Psychopathologie oft sehr complicirte Formen an. So können z. B. akustische, beziehungsweise verbale Momente sehr verwickelter Art, z. B. Fragen, Aufforderungen, Rechenaufgaben, Reizworte für Associationsversuche u. s. f. oder optische Erscheinungen, z. B. Bilder, Gegenstände oder vorgeführte Bewegungen verwendet werden. Auch können die psychophysiologischen Reize in complicirten mechanischen Einwirkungen, z. B. passiven Bewegungen, bestehen, so dass die einfachen Reize, wie sie zur Untersuchung von Reflexen verwendet werden, gar keine Aehnlichkeit mehr damit zu haben scheinen. Trotzdem handelt es sich methodisch um den gleichen Vorgang. Auch bei diesen Untersuchungen muss Reiz und Wirkung möglichst genau bestimmt werden.

3. Zu diesen methodischen Untersuchungen sollen Reize gewählt werden, die sich auch auf Normale leicht anwenden lassen. Nur so kann die klinische Psychiatrie mit der experimentellen Psychophysiologie methodisch in engste Verbindung gebracht werden. Ausserdem ist es nur dadurch möglich, die Grenzen des Normalen und Anormalen genauer zu bestimmen. Bei den psychophysischen Paralleluntersuchungen soll besonders versucht werden, die natürliche Gruppirung der Beanlagungen zunächst in Bezug auf die einfachsten Reactionsarten zu finden. Nur dadurch kann allmählich eine für die Psychopathologie brauchbare Individualpsychologie gewonnen werden, welche es erlauben würde, den individuellen Factor in den Krankheitsbildern herauszufinden.

4. Bei allen Untersuchungen sind die zeitlichen Verhältnisse in Betracht zu ziehen. Da die meisten geistigen Vorgänge sich als Reaction auf äussere Reize darstellen und infolge dessen das Reflexschema als typischer Ausdruck des Ablaufes gewählt werden kann, so sind die zeitlichen Verhältnisse der einfachsten psychophysiologischen Reflexe als Ausgangspunkt der vergleichenden Untersuchung zu wählen. Dabei muss der Einfluss veränderter Umstände auf den Ablauf des Vorganges studirt werden. Aber auch bei den Vorgängen, welche infolge grösserer Complicirtheit des Reizes und grösserer Verlangsamung der Wirkung dem Reflexvorgang kaum noch ähnlich erscheinen, ist der Versuch einer Messung der zwischen Reiz und Wirkung verlaufenden Zeit zu machen. Auch bei den spontanen geistigen Aeusserungen ist neben der Qualität derselben ihr zeitlicher Ablauf in Betracht zu ziehen. Das Gleiche gilt für den gesammten Ablauf der Krankheit. Es ist wichtig, die zeitliche Dauer bestimmter Symptome oder Symptomgruppen zu vermerken, ferner auch die symptomatische Zusammensetzung eines Krankheitsbildes in bestimmten zeitlichen Zwischenräumen zu untersuchen. Stets ist neben der Qualität der Erscheinungen ihr zeitliches Verhältniss im Auge zu behalten.

Die Anwendung dieser allgemeinen Grundsätze auf die einzelnen diagnostisch wichtigen psychischen Functionen führt uns zu der methodischen Untersuchung des psychischen Befundes und bedarf einer ausführ-

lichen Behandlung. Hier sei zunächst nur der Grundsatz ausgesprochen, dass die Psychopathologie dann ihre Stellung im Rahmen der Naturwissenschaft am besten bewahren wird, wenn sie die Beziehungen einerseits zur inneren Medicin und Neurologie, andererseits zur analytischen und experimentellen Psychologie immer fester gestaltet.

A. Die körperliche Untersuchung.

Neben den in der Einleitung gegebenen Winken in Bezug auf die körperliche Untersuchung müssen wir vom psychiatrischen Standpunkt drei Arten von Erscheinungen in diesem Gebiet besonders hervorheben, wobei wir fortwährend die Art der Untersuchung und die diagnostische Verwerthung der Resultate im Auge behalten.

Es sind dies:

1. Die morphologischen Verhältnisse;
2. die Muskelzustände;
3. die Störungen der Reflexe, deren Beobachtung bei der Diagnose der paralytischen Zustände und der auf Grund von Neurosen entstehenden Geisteskrankheiten häufig den Ausschlag geben kann.

1. Untersuchung der morphologischen Verhältnisse.

Neben den Methoden zur optischen und plastischen Darstellung der Formen kommen hierbei die eigentlichen Körpermessmethoden in Betracht. Hierbei kann man an die einfachen Manipulationen anknüpfen, die in einigen Gebieten des praktischen Lebens schon vorhanden sind, z. B. bei der Aushebung der zum Militär Tauglichen. Die blosse Messung der Körperlänge und des Brustumfanges genügt jedoch nicht für die Zwecke wissenschaftlicher Morphologie. Diese fordert Messung der wesentlichen Theile des Gesammtkörpers, wobei man leicht zu bestimmende Punkte im Auge behalten muss. Es empfiehlt sich, folgende Maasse bei aufrechter Stellung des Untersuchten zu nehmen:

1. Gesammtlänge.
2. Entfernung von der auf die Messlinie projicirten Scheitelhöhe bis zum Kreuzbein.
3. Entfernung vom oberen Rande des Sternums bis zum Processus xiphoides.
4. Entfernung vom oberen Rande des Sternums bis zur Schambeinfuge.
5. Brustumfang über den Mammillen bei Inspiration und Exspiration.
6. Länge beider Arme vom Acromion bis zur Spitze des Mittelfingers bei nach innen gerichtetem Handteller und gestrecktem Arm.
7. Länge der Unterarme bei gleicher Stellung vom Olekranon bis zur Spitze des Mittelfingers.
8. Länge des Mittelfingers.
9. Länge des zum Mittelfinger gehörigen Metacarpalknochens.
10. Entfernung von der Spina anterior superior des Darmbeins bis zum oberen Rand der Kniescheibe.
11. Entfernung vom Trochanter major bis zum Malleolus externus.
12. Entfernung vom Condylus externus des Femur bis zum Malleolus externus.
13. Länge der Füsse.

Diese Maasse ergeben ein ziemlich klares Bild von der Vertheilung der Körpermaasse im Raum und der relativen Grösse der einzelnen Theile, besonders vom Verhältniss der Extremitäten zum Rumpf.

Die von *Bertillon** angewendeten Maasse sind wesentlich vom Gesichtspunkt der Unveränderlichkeit und genauen Bestimmbarkeit ausgesucht, um die Identification crimineller Individuen zu erleichtern. Sie eignen sich daher zur morphologischen Charakteristik in dem oben entwickelten Sinne weniger. Andererseits wird dessen Messmethode ein Muster und eine Schule für jeden sein, der sich mit morphologischen Bestimmungen beschäftigen will. Ausser den oben genannten allgemeinen Körpermaassen ist es wichtig, eine Reihe von einfachen Messungen am Schädel zu machen. Dabei ist einerseits die leichte Auffindbarkeit der Messpunkte im Auge zu behalten, andererseits muss die Zusammensetzung des Schädels aus einzelnen Knochen, deren relative Grösse und Beschaffenheit nach Möglichkeit bestimmt werden soll, berücksichtigt werden. Nicht in der Vielheit der Maasse, sondern in der leichten

Die 2. Abteilung des VI. Bandes enthält die Lieferungen 13—15, 45, 73, 96, 109, 114, 158 und aus Lieferung 173—174 Titel, Inhalt und Register.

192406

*** Vergl. *Aurel v. Toeroek*, Ueber die heutige Schädellehre. Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol. 1892, IX, Heft 2. — Die geometrischen Principien der elementaren Schädelmessungen und die heutigen kraniometrischen Systeme. l. c. Heft 8 u. 9.

lichen Behandlung. Hier sei zunächst nur der Grundsatz ausgesprochen, dass die Psychopathologie dann ihre Stellung im Rahmen der Naturwissenschaft am besten bewahren wird, wenn sie die Beziehungen einerseits zur inneren Medicin und Neurologie, andererseits zur analytischen und experimentellen Psychologie immer fester gestaltet.

A. Die körperliche Untersuchung.

Neben den in der Einleitung gegebenen Winken in Bezug auf die körperliche Untersuchung müssen wir vom psychiatrischen Standpunkt drei Arten von Erscheinungen in diesem Gebiet besonders hervorheben, wobei wir fortwährend die Art der Untersuchung und die diagnostische Verwerthung der Resultate im Auge behalten.

Es sind dies:

1. Die morphologischen Verhältnisse;
2. die Muskelzustände;
3. die Störungen der Reflexe, deren Beobachtung bei der Diagnose der paralytischen Zustände und der auf Grund von Neurosen entstehenden Geisteskrankheiten häufig den Ausschlag geben kann.

1 Untersuchung d...

13. Länge der Füsse.

Diese Maasse ergeben ein ziemlich klares Bild von der Vertheilung der Körpermaasse im Raum und der relativen Grösse der einzelnen Theile, besonders vom Verhältniss der Extremitäten zum Rumpf.

Die von *Bertillon** angewendeten Maasse sind wesentlich vom Gesichtspunkt der Unveränderlichkeit und genauen Bestimmbarkeit ausgesucht, um die Identification crimineller Individuen zu erleichtern. Sie eignen sich daher zur morphologischen Charakteristik in dem oben entwickelten Sinne weniger. Andererseits wird dessen Messmethode ein Muster und eine Schule für jeden sein, der sich mit morphologischen Bestimmungen beschäftigen will. Ausser den oben genannten allgemeinen Körpermaassen ist es wichtig, eine Reihe von einfachen Messungen am Schädel zu machen. Dabei ist einerseits die leichte Auffindbarkeit der Messpunkte im Auge zu behalten, andererseits muss die Zusammensetzung des Schädels aus einzelnen Knochen, deren relative Grösse und Beschaffenheit nach Möglichkeit bestimmt werden soll, berücksichtigt werden. Nicht in der Vielheit der Maasse, sondern in der leichten

Der nachfolgende Bogen gehört zu Band VI, 2. Abtlg. (Geisteskrankheiten).

393106

*** Vergl. *Aurel v. Toeroek*, Ueber die heutige Schädellehre. Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol. 1892, IX, Heft 2. — Die geometrischen Principien der elementaren Schädelmessungen und die heutigen kraniometrischen Systeme. l. c. Heft 8 u. 9.

lichen Behandlung. Hier sei zunächst nur der Grundsatz ausgesprochen, dass die Psychopathologie dann ihre Stellung im Rahmen der Naturwissenschaft am besten bewahren wird, wenn sie die Beziehungen einerseits zur inneren Medicin und Neurologie, andererseits zur analytischen und experimentellen Psychologie immer fester gestaltet.

A. Die körperliche Untersuchung.

Neben den in der Einleitung gegebenen Winken in Bezug auf die körperliche Untersuchung müssen wir vom psychiatrischen Standpunkt drei Arten von Erscheinungen in diesem Gebiet besonders hervorheben, wobei wir fortwährend die Art der Untersuchung und die diagnostische Verwerthung der Resultate im Auge behalten.

Es sind dies:

1. Die morphologischen Verhältnisse;
2. die Muskelzustände;
3. die Störungen der Reflexe, deren Beobachtung bei der Diagnose der paralytischen Zustände und der auf [redacted] entstehenden Geisteskrankheiten [redacted]

13. Länge der Füsse.

Diese Maasse ergeben ein ziemlich klares Bild von der Vertheilung der Körpermaasse im Raum und der relativen Grösse der einzelnen Theile, besonders vom Verhältniss der Extremitäten zum Rumpf.

Die von *Bertillon** angewendeten Maasse sind wesentlich vom Gesichtspunkt der Unveränderlichkeit und genauen Bestimmbarkeit ausgesucht, um die Identification crimineller Individuen zu erleichtern. Sie eignen sich daher zur morphologischen Charakteristik in dem oben entwickelten Sinne weniger. Andererseits wird dessen Messmethode ein Muster und eine Schule für jeden sein, der sich mit morphologischen Bestimmungen beschäftigen will. Ausser den oben genannten allgemeinen Körpermaassen ist es wichtig, eine Reihe von einfachen Messungen am Schädel zu machen. Dabei ist einerseits die leichte Auffindbarkeit der Messpunkte im Auge zu behalten, andererseits muss die Zusammensetzung des Schädels aus einzelnen Knochen, deren relative Grösse und Beschaffenheit nach Möglichkeit bestimmt werden soll, berücksichtigt werden. Nicht in der Vielheit der Maasse, sondern in der leichten Vergleichbarkeit der einzelnen Resultate liegt der Schwerpunkt dieser einfachen Bestimmungen. Dabei ist vor allem auf Asymmetrien und auf den Zustand der Nähte zu achten.

Ich habe bei den 50 Schädeln der Sammlung der psychiatrischen Klinik in Giessen** folgende Maasse bestimmen lassen:

1. Längendurchmesser (L. D.), gemessen von der Mitte zwischen den Arcus superciliares bis zur Protuberantia occipitalis externa.
2. Umfang (U.), gemessen in einer durch die gleichen Punkte bestimmten Ebene.
3. Sagittalbogen (S. B.), gemessen von den gleichen Punkten.
4. Querdurchmesser (Q. D.), gemessen von den oberen Ansatzstellen der Ohrmuscheln, beziehungsweise von der Schnittstelle des darüber errichteten Frontalbogens mit der Ebene des Umfanges.
5. Frontalbogen (F. B.), gemessen von den gleichen zuletzt genannten Punkten bei horizontaler Einstellung des Längsdurchmessers.
6. Distanz der Tubera parietaliae (T. P.).

Neben diesen Maassen soll soweit als möglich das Grössenverhältniss der einzelnen Schädelknochen bestimmt werden, wozu sich folgende, auch am Lebenden ungefähr zu ermittelnde Maasse eignen:

7. Länge der Frontalnaht (F. N.).
8. Länge der Pfeilnaht (P. N.).

Es ist ersichtlich, dass man durch das Nebeneinander einer beschränkten Zahl von bestimmten Schädelmaassen eine sehr wünschenswerthe Vergleichbarkeit der Resultate erreichen kann.

Wer weniger Gewicht auf die Vergleichbarkeit der Resultate legt, und vielmehr Vollständigkeit der einzelnen Messung im Auge hat, wird am besten aus den Arbeiten *v. Toerock's**** Anhaltspunkte gewinnen.

---

* Vergl. *Bertillon*, Das anthropologische Signalement. II. Auflage. Uebersetzt von *Sury*. 1895.

** Geschenk des Herrn Obermedicinalrathes *v. Hoelder* in Stuttgart.

*** Vergl. *Aurel v. Toeroek*, Ueber die heutige Schädellehre. Internat. Monatsschr. f. Anat. u. Physiol. 1892, IX, Heft 2. — Die geometrischen Principien der elementaren Schädelmessungen und die heutigen kraniometrischen Systeme. l. c. Heft 8 u. 9.

Um eine Beziehung zu den anthropologischen Messungen zu erhalten, lassen sich auch die Schädelmaasse zugrunde legen, welche *Benedikt** verwendet hat.

Von Messinstrumenten ist neben dem Bandmaass und einfachen Zirkel ein Tasterzirkel nöthig, um Axenbestimmungen bei Körpern mit nicht ebener Oberfläche vorzunehmen. Von sonstigen Messinstrumenten weise ich besonders auf den *v. Hoelder*'schen Kraniometer** hin.

Während alle diese Methoden darauf hinauslaufen, bestimmte Schädelmaasse abzulesen und zu registriren, wird bei der *Rieger*'schen Projectionsmethode*** durch Uebertragung der einzelnen Umrisse auf ein Messblatt eine optische Reproduction der räumlichen Verhältnisse in einer Fläche gewonnen, so dass nachträglich eine genaue Messung der einzelnen Ebenen vorgenommen werden kann. Hier liegt das Muster einer combinirten Methode zur optischen Reproduction und Messung von räumlichen Verhältnissen vor. Dieselbe gestaltet sich im wesentlichen folgendermaassen:

Nach genauer Fixirung und Einstellung des Schädels in einer bestimmten Ebene projicirt man zunächst den Umfang auf das Messblatt, indem vertical unter einer Spitze, mit welcher man an dem Object entlang gleitet, ein Schreibstift das Blatt berührt und den Umriss zeichnet. Sodann werden die verschiedenen Bögen über dieser Grundebene durch Bleidraht bestimmt und auf das Messblatt übertragen. Das Verhältniss von Länge, Breite und Höhe, sowie die Besonderheiten einzelner Schädelpartien, speciell Asymmetrien, kommen dabei sehr deutlich zum Vorschein und können nachträglich zahlenmässig ausgedrückt werden.

Das gleiche Princip wurde von *Rieger* auch auf Messung am Lebenden übertragen. Dabei wird ein Kupferstreifen† um den Kopf gelegt und sodann durch Bleidraht die Krümmung desselben auf das Messblatt übertragen. Dem entsprechend geschieht die optische Darstellung der anderen Ebenen und Umrisse.

Während bei der *Rieger*'schen Methode optische Projection und Messung zwei einander folgende Acte sind, kann man beide Momente photographisch noch enger vereinigen, wenn man mit dem Object einen Messapparat photographirt. Dieser kann entweder eine Scala zur blossen Längenmessung sein, oder man wählt ein Netzwerk von bestimmter Grösse der einzelnen Fächer. Man kann dann auf der Photographie, selbst wenn dieselbe ohne Notiz über den Grad der Verkleinerung aufgenommen ist, die wesentlichen Maasse ablesen und eine Reihe von wichtigen Bestimmungen machen.

Allerdings kann die Methode der Photographie mit Einschaltung eines Messsystems streng genommen nur bei ebenen Objecten Anwendung finden, da gekrümmte Oberflächen perspectivische Verkürzungen ergeben, welche durch das projicirte Maasssystem nicht bestimmt werden können.

---

* *Benedikt*, Kraniometrie und Kephalometrie. 1888. Zeichenapparat s. pag. 153.

** Zu beziehen durch Mechaniker H. Strobel in Stuttgart.

*** *Rieger*, Ein neuer Projections- und Coordinatenapparat für geometrische Aufnahmen von Schädeln, Gehirnen und anderen Objecten. Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatrie. 1886.

† Früher wurden Gummiringe verwendet. Vergl. *Rieger*, Eine exacte Methode der Kraniographie, pag. 26.

Man wird daher bei unregelmässig geformten Objecten diese Methode nur mit Vorsicht verwenden können. In solchen Fällen empfiehlt es sich, zur plastischen Nachbildung mit nachträglicher Messung zu greifen.

Nach diesen methodischen Bemerkungen wenden wir uns zu den allgemeinen Gesichtspunkten, von welchen die morphologischen Verhältnisse, besonders die Abnormitäten der Form betrachtet werden müssen. Die wesentliche Aufgabe ist die, zu entscheiden, ob verschiedene morphologische Abnormitäten sich unter einem bestimmten Krankheitsbegriff vereinigen lassen. Die blosse statistische Methode ist in diesem Gebiet unzureichend. Es handelt sich darum, die inneren Zusammenhänge von bestimmten morphologischen Abnormitäten und ihre pathogenetische Wurzel zu finden.

Geht man von diesem Princip an das Gebiet heran, so wird in vielen Fällen aus coordinirten „Degenerationszeichen" eine Gruppe von Symptomen sich zusammensetzen, welche auf einen bestimmten Krankheitszustand, der das Individuum in seiner Entwicklung befallen hat, deuten. Gleichzeitig ändert sich der Werth der einzelnen Zeichen, indem die einen als wesentlich, die anderen als accidentell erscheinen. So lassen sich aus den mit Abnormitäten behafteten Kopfformen mehrere herausgreifen, welche zu bestimmten Krankheitsgruppen zusammengehören. Ich nenne z. B. die hydrokephalischen Kopfformen, welche sich durch Ausbuchtungen an den Scheitelbeinen und an der Stirn auszeichnen, oft durch Ausbuchtung des Orbitaldaches nach unten, wodurch eine Art von Protrusio bulborum entsteht; als Untergruppe die hydrokephalische Kopfform mit Verknöcherung einzelner Nähte, durch welche die Ausbuchtung des Schädels an dieser Stelle verhindert wird und ganz eigenartige Schädelformen zustande kommen, z. B. Keilschädel mit hydrokephalischer Ausbuchtung über den Ohren bei Verwachsung der Stirnnaht; ferner die cretinistischen Schädel, die bei normalen Grössenverhältnissen der einzelnen Knochen einen Mangel an Verwachsung und offene Fontanellen im späteren Lebensalter zeigen, analog den anderen Erscheinungen am Skelet, welche wie z. B. der Mangel an Verknöcherung der Epiphysen auf Stillstand der Entwicklung in einem früheren Zustand deuten; sodann die porenkephalischen Schädel, welche häufig durch starke Asymmetrie auffallen, indem die dem Herd entgegengesetzte Schädelhälfte entsprechend der Beschaffenheit der Extremitäten schwächer entwickelt ist.

Auch in Bezug auf die Abnormitäten, die verschiedene Systeme des Körpers betreffen, gilt der gleiche Gesichtspunkt. Es muss versucht werden, ob sich die einzelnen Erscheinungen gruppenweise zusammenfassen und unter einen Krankheitsbegriff bringen lassen. Das einfachste Beispiel bilden die Abnormitäten bei Cretinismus. Hier sind das Knochensystem infolge von Stillstand der Entwicklung und das Hautsystem in Gestalt von Myxödem gleichzeitig gestört und bedingen bei ihrem Zusammentreffen die eigenartige Erscheinung der Cretinen, die besonders am Gesicht deutlich wird. Diese Abnormitäten treten als gleichzeitige und gleichwerthige Krankheitssymptome auf und bilden den wesentlichen Kern des Krankheitsbildes, während eine Reihe anderer Abnormitäten, z. B. Stellung des Brustbeines, Skoliose u. a., nur unwesentliche oder zufällige Nebenerscheinungen sind.

Ich stelle also als Leitmotiv für Betrachtung und Analyse der morphologischen Abnormitäten auf, die gesetzmässige Zusammengehörigkeit getrennter Erscheinungen zu finden und dieselbe aus der Genese, bezw. Pathogenese der Formen zu erklären.

Nach Ausscheidung derjenigen Gruppen, bei denen sich bestimmte Krankheitsprocesse, z. B. Hydrokephalie, aus der Wirkung am Schädel erschliessen lassen, bleiben noch eine grosse Menge von Abnormitäten, die ohne besondere genetische Erklärung einfach als „Degenerationszeichen" aufgefasst und bezeichnet werden.

Auch für diese ist die Forderung zu erheben, dass das Verhältniss der einzelnen Abnormitäten zu einander und zu der Gehirnentwickelung festgestellt werden soll.

Dabei müssen wir eine kurze principielle Erörterung anstellen. Jede Form als Gestalt ausgedehnter Materie ist im letzten Grunde das Resultat von Bewegungen. Diese bestehen bei den Knochen, welche die morphologische Erscheinung wesentlich bedingen, einerseits in den Wachsthumsvorgängen, andererseits in der Einwirkung von mechanischen Kräften, die den wachsenden oder fertigen Knochen von aussen beeinflussen, mag dies nun durch die Schwerkraft, Last und Druck oder durch Muskelzug erfolgen. Die Kernfrage bei der physiologischen Betrachtung der sogenannten Degenerationszeichen lautet, ob und welche von diesen Bewegungsvorgängen vom Gehirn abhängen, so dass die Form des Schädels und seiner einzelnen Theile als Symptom eines gleichzeitigen oder in früherer Entwicklungsperiode vorhandenen Gehirnzustandes aufgefasst werden kann.

Es gibt nun drei Arten, wie das Gehirn den wachsenden Schädel beeinflussen kann:

1. durch Druck von innen, wie das an den hydrokephalischen Kopfformen in grober Weise hervortritt;

2. durch Muskelzug, bedingt durch Muskelspannungen, z. B. des Sternocleidomastoideus oder des Temporalis, deren Innervation von bestimmten Gehirntheilen abhängt, welche räumlich mit den vom Muskelzug getroffenen Schädelpartien nichts zu thun haben;

3. durch nervösen Einfluss auf die Wachsthumsverhältnisse des Schädels.

Von diesen drei Momenten scheint das dritte eine viel grössere Bedeutung zu haben, als bisher angenommen wurde. Es ist mir sehr wahrscheinlich geworden, dass das Wachsthum der einzelnen Schädelknochen, welches an den Nähten geschieht, ganz feste Beziehungen zu bestimmten Gehirnstellen hat, dass Gehirntheile einen trophischen Einfluss auf Partien des Schädelknochens ausüben, deren Wachsthum nach Verletzung bezw. Erkrankung jener stillsteht. Und zwar scheint dieser Einfluss, genau wie es neben Entwicklungshemmung der Extremitäten bei Porenkephalie hervortritt, ein gekreuzter zu sein, derart, dass die linke Hirnhälfte die rechte Schädelseite und die rechte Hirnhälfte die linke Schädelseite trophisch beeinflusst. Dazu kommt die nachweisbare Thatsache, dass die Störung des Wachsthums an einer Naht das übrige Schädelwachsthum in gesetzmässiger Weise beeinflusst, so dass ganze Reihen von secundären Abnormitäten entstehen. Es lassen sich also Abnormitäten, die scheinbar gleichwerthig neben einander stehen, vom physiologischen Stand-

punkte in der Weise gruppiren, dass ein genetisches bezw. pathogenetisches Grundmoment angenommen wird, von welchem sich die übrigen Erscheinungen als Folgen ableiten lassen.

Diese Art der Betrachtung ist der rein statistischen, welche die Degenerationszeichen am einzelnen Individuum und bei Gruppen von Individuen zählt, völlig entgegengesetzt.

Liesse sich nachweisen, dass die elementaren Störungen, welche bestimmten Gruppen von Erscheinungen zugrunde liegen, abhängig von bestimmten Hirnpartien sind, indem diese einen trophischen Einfluss auf das Wachsthum an den Nähten während der Entwicklung der Schädelknochen ausüben, der durch Erkrankung der betreffenden Stellen verloren ginge, so wäre ein weiterer wichtiger Schritt in der Diagnostik cerebraler Zustände aus morphologischen Abnormitäten gethan. Es spricht nun sehr viel dafür, dass ein solcher trophischer Einfluss einzelner Gehirnpartien auf das Wachsthum an den Schädelnähten der entgegengesetzten Seite wirklich existirt, dass also die dritte der oben angegebenen Arten cerebraler Beeinflussung einer Schädelform praktisch eine bedeutende Rolle spielt. Wenn man dieses Problem in Angriff nehmen will, muss vor allem die eigenthümliche Thatsache in das Auge gefasst werden, dass die morphologischen Zustände und die motorischen Functionen häufig eine überraschende Uebereinstimmung zeigen, indem stärkere Ausbildung einer Schädel- oder Gesichtshälfte mit einem Plus von Innervation auf der gleichen Seite zusammentrifft.

Die Beachtung des Verhältnisses morphologischer und motorischer Erscheinungen am gleichen Individuum ist für die psychiatrische Diagnostik sehr wichtig, wenn auch die Verwerthung solcher Erscheinungen für die Annahme bestimmter cerebraler Störungen bisher nur in den seltenen Fällen der Porenkephalie möglich ist. Jedenfalls muss dieses Zusammentreffen zweier Gruppen von Erscheinungen, die offenbar auf eine gemeinsame cerebrale Ursache deuten, sehr hervorgehoben werden.

Dabei ist auf die weittragende Bedeutung der exacten Untersuchung von Porenkephalen hinzuweisen. Bei diesen Krankheitszuständen liegen gewissermaassen Naturexperimente vor, die in einer frühen Entwicklungsperiode geschehen sind und ein Licht auf die Abhängigkeit nicht nur der willkürlichen Innervation, sondern auch des Wachsthums der Knochen und der resultirenden Formen des Körpers vom Gehirn werfen. Thatsache ist, dass in vielen Fällen von Porenkephalie nicht nur die Extremitäten, abgesehen von der spastischen Lähmung, eine Entwicklungshemmung zeigen, sondern dass diese vielmehr auch Knochenpartien des Rumpfes, z. B. die Schulterblätter, den ganzen Schultergürtel, oder den Schädel an der dem Herd entgegengesetzten Seite betreffen kann.

Praktisch sind im Hinblick auf die gemachten Ausführungen im wesentlichen folgende Punkte im Auge zu halten:

1. Die morphologische Beschaffenheit und die Maasse des gesammten Körperbaues, vor allem das Verhältniss der Extremitäten zu einander und zum Rumpf. Dabei ist die Frage der Symmetrie zu prüfen.

2. Die Beschaffenheit und die Maasse des Schädels, unter Beachtung des Zustandes der einzelnen Schädelknochen, soweit diese

einer Betrachtung zugänglich sind. Dabei ist ebenfalls die Frage der Symmetrie im einzelnen zu erörtern.

3. Das Auftreten von gleichartigen Gruppen morphologischer Abnormitäten.

4. Das Verhältniss von morphologischen und motorischen Erscheinungen, besonders das analoge Verhalten beider Momente auf der gleichen Seite. Dieses Thema ist am besten in Fällen von Porenkephalie zu studiren.

5. Die Beziehung bestimmter Gruppen von morphologischen Abnormitäten auf Krankheitsprocesse, welche das Individuum während der Entwicklung befallen haben.

Durch Ermittlung und genaue Registrirung von Daten, welche sich auf diese Punkte beziehen, wird der Praktiker, abgesehen von der diagnostischen Auffassung im einzelnen Fall, an der Entwicklung eines Theiles der Gehirnpathologie mitarbeiten.

2. Untersuchung der Muskelzustände.

Neben den morphologischen Zuständen sind bei Geisteskranken eine Anzahl von auffallenden Erscheinungen zu beobachten, welche durch Muskelspannungen oder Bewegungen bedingt sind. In der Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik hat man eine Reihe von derartigen Wahrnehmungen gemacht, die in bestimmten klinischen Begriffen, z. B. „kataleptisch", „katatonisch" u. a. niedergelegt worden sind. Wir gehen jedoch hier nicht von diesen besonderen Bezeichnungen aus, sondern wollen versuchen, die Erscheinungen so darzustellen, wie sie uns bei systematischer Untersuchung entgegentreten.

Es muss zunächst die Stärke und der Spannungszustand der einzelnen Muskelgruppen vor allem an den Extremitäten durch Betasten und durch den Versuch, den Muskel vertical zur Längsachse zu verschieben, geprüft werden. Hierbei stellen sich die auffallendsten Unterschiede heraus. Muskeln mit grosser Masse können geringe Spannung haben und umgekehrt Muskeln mit geringer Masse eine starke Spannung. Der Tonus eines Muskels erscheint bei vergleichender Untersuchung als ein gesondertes Moment, welches zu der constructiven Anlage hinzutreten kann. Dabei stellt sich öfters die Thatsache heraus, dass die Zustände verschiedener Muskelgruppen verschieden sind, dass z. B. die Muskulatur des Kopfes besonders am Nacken gespannt ist, während Arm- und Beinmuskulatur schlaff erscheint. Sodann ist die Spannung der Antagonisten zu prüfen, zunächst ebenfalls nur durch Betasten und seitliche Verschiebung der Muskelmasse, soweit diese einer Berührung zugänglich ist.

Hat man sich in dieser Weise von den elementaren Constructionsverhältnissen und Spannungszuständen der Muskulatur in vergleichender Weise überzeugt, so schliesst man am besten passive Bewegungen der von den untersuchten Muskeln bewegten Körperabschnitte, vor allem der Glieder, an.

Hierbei stellt sich heraus, dass manchmal ein starker Widerstand auftritt, während man vorher die Muskeln schlaff gefunden hat, oder dass der Widerstand bei passiven Bewegungen ein geringer ist, während die Muskeln bei Betastung einen kräftigen Tonus gezeigt haben.

Es tritt demnach bei passiven Bewegungen ein weiteres Moment hervor, das mit dem Muskeltonus nicht gleichzuachten ist und in vielen

Fällen als psychomotorischer Widerstand gegen passive Bewegungen aufzufassen ist.

An dieser Stelle betreten wir das Gebiet der besonders für psychopathologische Diagnosen wichtigen Muskelzustände.

Prüft man bei dem Versuch, z. B. den Arm passiv zu beugen, in der oben beschriebenen Weise die Spannung der Muskulatur, so zeigt sich, dass die Ursache des Widerstandes eine starke Innervation der antagonistischen Muskelgruppe, im besonderen Falle des Triceps, ist, während der mit der passiven Bewegung im gleichen Sinne wirkende Muskel, im besonderen Falle der Biceps, relativ viel weniger gespannt ist.

Kehrt man die Richtung der passiven Bewegung um, indem man z. B. den Arm passiv zu strecken sucht, so tritt auch in den Spannungsverhältnissen von Biceps und Triceps eine Umkehrung ein, indem der nunmehr antagonistisch wirkende Biceps stärker gespannt erscheint.

Dieses muskelphysiologische Verhältniss ist nun von differentialdiagnostischer Bedeutung im Gegensatz zu denjenigen Fällen, in denen sich bei passiver Bewegung ebenfalls starke Spannung und Widerstand zeigt, während die genaue Untersuchung eine gleichmässige Spannung aller bei der passiven Bewegung verkürzten oder verlängerten Muskeln herausstellt.

Die letztere Form des Widerstandes gegen passive Bewegungen wird öfter bei cerebralen Herdkrankheiten, besonders ausgedehnten Erweichungen in der Umgebung der motorischen Hirncentren, beobachtet und kann bei ungenauer Untersuchung mit der oben beschriebenen Art, die besonders bei einer bestimmten functionellen Geisteskrankheit (Katatonie) vorkommt, verwechselt werden.

Trotz scheinbarer Aehnlichkeit sind die beiden Zustände pathogenetisch völlig verschieden; in dem einen Falle handelt es sich um psychomotorische Gegenbewegung gegen passive Lageänderungen, im anderen Falle um pathologische Verstärkung des Muskeltonus infolge organischer Hirnkrankheit, wodurch eine Hemmung meist nicht nur bei passiven, sondern auch bei activen Bewegungen bedingt ist.

Man hat die willkürliche Gegenspannung kurzweg als Negativismus bezeichnet, indem man den auf dem sprachlichen Gebiet bekannten Begriff der Negation auf Muskelerscheinungen übertragen hat. Die Berechtigung, Bezeichnungen aus dem Gebiet der Worte auf die Innervationsverhältnisse anzuwenden, kann umsoweniger bestritten werden, als auch sonst bei psychisch Kranken weitgehende Analogien zwischen sprachlichen und allgemeinen Muskelerscheinungen vorhanden sind. Wir werden auf diesen Punkt später noch eingehen.

Trotzdem wäre es vom Standpunkt physiologischer Induction richtiger, erst einmal die Muskelzustände und Innervationsverhältnisse analytisch zu untersuchen, die Vorgänge ihrer physiologischen Beschaffenheit nach zu benennen und dann erst die Verhältnisse des viel complicirteren sprachlichen Gebietes mit den bei Analyse einfacher Muskelverhältnisse gewonnenen Grundbegriffen zu vergleichen.

Im besprochenen Falle ist dies umsomehr nöthig, als durch die Verwechslung der Begriffe „negativ“ und „negativistisch“, welche trotz der gemeinsamen Wurzel sehr verschiedene Bedeutung angenommen haben, leicht Verwirrung entstehen kann. Während das Wort „negativ“ (z. B. der Kranke verhält sich negativ) nur die Abwesenheit einer Reaction aus-

drückt, hat die Bezeichnung „negativistisch“ einen activen Nebensinn gerade durch die Wahrnehmung des willkürlichen Momentes der negativistischen Bewegungen bekommen, bezeichnet also nicht blos die Abwesenheit einer Reaction, sondern eine positive Gegenbewegung gegen eine passive Lageänderung. Mit dieser Beschaffenheit der Erscheinung hängt es zusammen, dass sich bei plötzlichem Loslassen des passiv bewegten Gliedes die antagonistische Muskelspannung in Form einer ihr entsprechenden Bewegung des Gliedes verräth, die dann mehr oder weniger rasch gehemmt wird. Es ist dies gewissermaassen der experimentelle Beweis für die psychomotorische Natur des Widerstandes.

Abgesehen von der psychomotorischen Gegenwirkung, sind nun noch andere Muskelerscheinungen zu beobachten, die eine bestimmte Beziehung zu psychopathischen Zuständen haben. Es kommt nämlich vor, dass sich bei Betastung und seitlicher Verschiebung die Muskulatur stark gespannt zeigt, dass jedoch der passiven Bewegung kein wesentlicher Widerstand entgegengesetzt wird, während die Glieder oder anderen Körpertheile in der passiv ertheilten Stellung stehen bleiben. Diese Erscheinung (Muskelspannung ohne Widerstand gegen passive Bewegungen mit Verharrung in den ertheilten Stellungen) hat man mit einem Bild, welches aus einem rein mechanischen Gebiet hergeholt ist, als „wächserne Biegsamkeit“ bezeichnet.

Wenn dieses Wort weiter nichts ausdrücken soll, als das Stehenbleiben in einer künstlich ertheilten Stellung, ist es annehmbar. Ein Fehler des Bildes liegt jedoch darin, dass Muskelzustände, bei denen sehr wahrscheinlich willkürliche Innervationen eine wesentliche Bedeutung haben, mit einer rein mechanischen Knetung von Formen aus einer halbstarren Masse verglichen werden. Es liegt hier ein Nebenbegriff vor, der die physiologischen Thatsachen erheblich entstellt und bei unbefangener Beobachtung als ungerechtfertigt bezeichnet werden muss.

Es ist nämlich anzunehmen, dass dieses „kataleptische“ Festhalten von künstlich ertheilten Stellungen auf einer willkürlichen Innervation beruht, die sich nur durch die Veranlassung und die Dauer und möglicherweise durch Abwesenheit von Ermüdungsgefühlen von sonstigen willkürlichen Innervationen unterscheidet. In der Zeitdauer der Erscheinung liegt das wesentlich Pathologische des Zustandes, während sich das momentane Festhalten einer passiv entstandenen Stellung auch bei Normalen, besonders Kindern, die man ohne vorherige Mittheilung daraufhin prüft, mehrfach findet. Es scheint in diesen Fällen die Ertheilung einer Stellung als Befehl zu wirken, dem stark beeinflussbare Naturen leicht folgen. In pathologischen Fällen bleiben nun aber diese Haltungen abnorm lange unverändert, während ein Normaler längst durch Ermüdungsgefühle gezwungen worden wäre, von der betreffenden Innervation abzulassen.

Hier erhebt sich nun die psychophysiologisch wichtige Frage, ob es sich um eine Ausschaltung des Ermüdungsgefühls handelt oder um eine pathologische Hemmung derart, dass trotz des Vorhandenseins jener Empfindungen die willkürlichen Innervationen im Sinne der passiv ertheilten Stellung beibehalten werden.

Untersucht man diese Frage methodisch, so stellt sich heraus, dass bei manchen kataleptischen Kranken nach langem Festhalten passiv ertheilter Stellungen deutliche Ermüdungserscheinungen auftreten, dass z. B.

der Arm allmählich sinkt, dass compensatorische Bewegungen gemacht werden, um die ermüdeten Muskeln durch andere Gruppen zu unterstützen, dass ferner physiognomisch deutliche Zeichen von Anstrengung auftreten, die sich mit Abnormitäten der Respiration verbinden. Trotz der scheinbaren völligen Starrheit in einer Reihe von Fällen ist es also bei anderen sicher, dass Ermüdungsgefühle vorhanden sind, deren Wirkung auf die Innervationszustände aber gehemmt ist. Jedoch ist nicht ausgeschlossen, dass es Zustände gibt, in denen eine völlige Ausschaltung der Ermüdungsgefühle besteht. Dies ist vor allem für die allgemeine Muskelstarre im hypnotischen Zustand wahrscheinlich, die vermuthlich auf willkürlicher Haltung bei Aufhebung der Schmerzempfindung und der Ermüdungsgefühle beruht.

Man hat diesen Zustand auch mit dem Wort Katalepsie bezeichnet. Wahrscheinlich hängt der Name ähnlich wie bei dem Worte Epilepsie mit λαμβάνειν = fassen, ergreifen — zusammen und bedeutet mit der Partikel κατὰ einen Zustand des „Festgehaltenwerdens". Das Wort ist also in der That geeignet, das stereotype Festhalten passiv ertheilter Stellungen kurz auszudrücken, vorausgesetzt, dass man das active Moment in die Willenssphäre der Untersuchten verlegt. Allerdings fehlt der physiologische Begriff der Muskelspannung darin. Um diesen mit auszudrücken, ist in der Psychopathologie das Wort „katatonisch", „Katatonie" angewendet worden, welches sich allmählich auf die Bezeichnung einer Krankheitsform eingeschränkt hat.

Die Wurzel hängt mit τείνειν („spannen") zusammen, welches auch in den elektrophysiologischen Begriffen des Katelektrotonus und Anelektrotonus zur Bezeichnung eines Spannungszustandes verwandt ist.

Durch die Partikel κατὰ wird ganz wie in dem Wort Katalepsie das „Befallenwerden" angedeutet.

Katatonie bedeutet also ursprünglich das plötzliche Befallenwerden von einem Muskelspannungszustand. Die allmähliche Erweiterung des Begriffes zur Benennung einer besonderen Krankheitsform wird später beschrieben werden.

Hier handelt es sich nur um die muskelphysiologischen Grundbegriffe und ihren sprachlichen Ausdruck.

Zweifellos ist die einen Spannungszustand bezeichnende Wurzel des Wortes „Katatonie" besser geeignet, das physiologische Wesen des Zustandes zu bezeichnen, als das Wort „Katalepsie", und es ist vom Standpunkt einer Terminologie, welche den Ausdruck der physiologischen Grundzustände im Auge hat, zu bedauern, dass das Wort Katatonie allmählich sich ganz zur Bezeichnung einer bestimmten Krankheitsform eingeschränkt hat, obgleich „katatonische" Haltungen zweifellos auch bei anderen Krankheiten, z. B. progressiver Paralyse, vorkommen.

Man verliert durch diese Einschränkung für die allgemeine Symptomatologie ein zum Ausdruck von psychomotorischen Spannungszuständen sehr geeignetes Wort, welches durch das ältere Wort „kataleptisch" zwar vertreten, aber nicht inhaltlich aufgewogen wird.

Eine Anzahl von Streitigkeiten über Katatonie kommen lediglich daher, dass der ursprünglich allgemein symptomatische Begriff des Katatonischen von den einen in dieser Bedeutung festgehalten, von den anderen zur ausschliesslichen Bezeichnung einer Krankheitsform eingeschränkt wird.

Es ist im Sinne naturwissenschaftlicher Behandlung nöthig, ohne Rücksicht auf diese Streitigkeiten im einzelnen Falle durch genaue Untersuchung die Art und das Auftreten dieser Spannungszustände von den dargestellten Gesichtspunkten aus zu beobachten und festzuhalten. Die Bedeutung derselben für die Diagnose bestimmter Krankheitsformen kann an dieser Stelle nicht erörtert werden. Hier handelt es sich zunächst nur um die Methode der Untersuchung.

Zur Prüfung dieses Phänomens kann man die gleichen Versuche verwenden, wie sie zur Prüfung der passiven Bewegungen benutzt worden sind.

Dabei ist es nothwendig,

1. die Dauer dieser Haltungen,
2. die Art des Ueberganges aus der festgehaltenen Stellung in eine andere,
3. die manchmal vorhandenen Ermüdungserscheinungen zu beachten und zu registriren.

Neben den Muskelspannungen, wie sie in den negativistischen und kataleptischen Erscheinungen hervortreten, müssen die spontanen Bewegungen der Kranken beobachtet werden. Dabei stellt sich heraus, dass bei einer Gruppe von Kranken bestimmte Bewegungsreihen stereotyp wiederkehren. Diese Bewegungen können nun entweder den Anschein von zweckmässigen erwecken, indem sie ursprünglich aus einer bestimmten Absicht hervorgegangen und dann zu stereotypen Acten geworden sind. In diesem Falle ist die Unzweckmässigkeit und das Zwangsmässige nicht ohne weiteres aus der Art der Bewegungen, sondern nur aus ihrer vielfachen Wiederholung unter ganz verschiedenen Umständen und nach Erreichung des ursprünglichen Zweckes zu erkennen.

Hierher gehören das Einnehmen von starren Stellungen im Sitzen oder Stehen, das automatenhafte Drängen zur Thür, das andauernde Kratzen an bestimmten Körperstellen, das vielfache Wiederholen von Handlungen des täglichen Lebens, z. B. Gehen zum Closet, das häufige Hersagen bestimmter Sätze, die ursprünglich etwas Richtiges ausgedrückt haben, allmählich aber ganz maschinenmässig wiederholt werden, die häufige Anwendung bestimmter, bei früherer Gelegenheit angebrachter Phrasen in den Briefen, kurz alle jene Iterativ-Erscheinungen, die man im Anstaltsleben bei Katatonischen so häufig sieht.

Oder sie zeigen schon in der Art der Ausführung eine völlige Zwecklosigkeit und Zusammenhangslosigkeit, die man mit den Worten „seltsam, auffallend, manierirt“ u. a. auszudrücken sucht.

Hierher gehören die sonderbaren Stellungen und Verdrehungen des Körpers, das fratzenhafte Spiel der Gesichts-, häufig auch der Stirnmuskeln, die vielfache Wiederholung von unsinnigen Worten oder Wortreihen in Sprache oder Schrift, wie sich dies alles ebenfalls besonders bei Katatonischen findet.

Man muss im einzelnen Falle versuchen, diesen allgemeinen Eindruck zu analysiren, indem man die Bewegungen sondert und ihre Beziehung zu den anderen Gruppen von Innervationen feststellt. Thatsächlich lassen sich diese Erscheinungen bei sorgfältiger Prüfung in vielen Fällen ebenso auflösen, wie man im Gebiet der reinen Neurologie z. B. eine Form von spastischer Lähmung oder von tonisch-klonischen

Krämpfen in die physiologischen Componenten zerlegen kann. Allerdings muss man das Auge und die Aufmerksamkeit erst gewöhnen, ganze Bewegungsreihen mit allen Nebenerscheinungen zu verfolgen. Die persönliche Uebung wird hier neben den mechanischen Methoden, von denen die Reihenphotographie und die Kinematographie hervorzuheben sind, praktisch eine grosse Bedeutung behalten.

Ausser der Beschreibung kommen für die Untersuchung der Muskelzustände die Methoden zur optischen Reproduction in Betracht, welche bei der Behandlung der morphologischen Zustände beschrieben worden sind.

Um die Erscheinungen der Katalepsie, die Art des Ueberganges in eine andere Haltung, Ermüdungs- und Zittererscheinungen und andere Muskelzustände genau zu registriren und messbar zu machen, kann man sich des Apparates zur dreidimensionalen Analyse von Bewegungen der Beine bedienen, den ich an anderer Stelle beschrieben habe*.

Jedenfalls verdienen die Muskelspannungen und -Bewegungen der Geisteskranken mit allen zu Gebote stehenden Mitteln, mögen diese auf optische Reproduction und Darstellung in Curven durch mechanische Uebertragung hinauslaufen oder in objectiver Untersuchung und Beschreibung durch Worte bestehen, eine genaue Untersuchung. Durch die weitere Entwicklung der Untersuchungsmethoden und analytische Betrachtung werden diese Erscheinungen den gleichen Grad von wissenschaftlicher Begreiflichkeit und diagnostischer Verwerthbarkeit erhalten, wie ihn im Gebiet der Neurologie bestimmte Formen von Lähmung und Spasmus schon erlangt haben. Es handelt sich darum, den Weg folgerichtig weiterzugehen, auf dem der Entwicklungsgang der Neurologie geschehen ist: Verdeutlichung und Analyse der objectiven Vorgänge im Muskelsystem zum Zweck diagnostischer Verwerthung.

3. Untersuchung von Reflexen.

In der psychiatrischen Diagnostik spielt die Untersuchung bestimmter Reflexe eine viel grössere Rolle, als die rein psychologische Auffassung der Geistesstörungen voraussetzen würde. Es zeigt sich gerade in diesem Punkt, dass Psychiatrie und Neurologie einen untrennbaren Zusammenhang haben. Besonders sind die grossen Fortschritte, die in der Frühdiagnose der paralytischen Krankheiten und in der Erkenntniss ihres Wesens gemacht worden sind, wesentlich dadurch bedingt, dass die Aufmerksamkeit auf die Störungen bestimmter Reflexe gerichtet worden ist, welche bei dem Zusammentreffen mit Geisteskrankheiten die Menge der diagnostischen Möglichkeiten entweder erheblich einschränken oder den Ausschlag bei der Diagnose geben können.

Im Hinblick auf die Bedeutung, welche das Studium bestimmter Reflexstörungen in der Entwicklung der psychiatrischen Diagnostik gehabt hat, muss im allgemeinen das Verhalten der Reflexe in allen Fällen von Geistesstörung genau beachtet und möglichst eingehend untersucht werden. Erweist die Untersuchung in dieser Richtung nichts, so ist es nothwendig, dies ausdrücklich namhaft zu machen. Dabei darf nicht nur geprüft werden, ob die Reflexe vorhanden sind, sondern es müssen feinere Abweichungen von der Norm, z. B. ängstliches Zusammenzucken, Widerstandsbewegungen, Muskelspannungen u. s. f. beachtet werden.

* Vergl. Lehrbuch d. psychopath. Untersuchungsmethoden, pag. 136.

Es wird nun häufig nicht beachtet, dass der Reizzustand des sensiblen Endapparates, der sich reflectorisch auf Muskelapparate überträgt, nicht ohne weiteres dem mechanischen Moment entspricht, mit welchem man bei der Untersuchung jenen zu treffen sucht. Das mechanische Moment ist bei der Untersuchung des Kniephänomens durch den Schlag des Hammers auf die Sehne gegeben, bei der Prüfung des Pupillenreflexes durch eine Lichtquantität, welche in das zu untersuchende Auge eindringt. In beiden Fällen kann das mechanische Moment des Reizes vor seiner Einwirkung auf den sensiblen Endapparat eine Abschwächung erfahren, z. B. an der Kniesehne durch abnorm starke Fettschichten, welche gelegentlich der Sehne vorgelagert sind, oder durch Schwellungen infolge von Entzündung der Bursa praepatellaris; ferner am Auge durch starke Hornhauttrübungen oder Staarbildung in der Linse. In diesen Fällen wird das mechanische Moment des Reizes vermindert, so dass aus der Abschwächung des reflectorischen Vorganges ein Schluss auf Reflexstörung im eigentlichen Sinne nicht gemacht werden kann.

Besonders bei der Untersuchung des Kniephänomens stösst man in dieser Hinsicht auf grosse Fehler, wenn z. B. die Reflexe geprüft werden, ohne dass die zu treffende Partie der Haut völlig von Kleidern entblösst ist. Findet man bei Beklopfen der Sehne durch die Kleider Kniephänomene, so kann man ihr Vorhandensein wohl behaupten, jedoch wird man wegen der Abschwächung des Reizmomentes eine vorhandene Steigerung oft übersehen, ganz abgesehen von den feineren Wahrnehmungen über die Muskelspannungsverhältnisse, die nur bei Entblössung der zu untersuchenden Partie gemacht werden können. Jedenfalls ist in allen Fällen die Frage zu prüfen, ob das mechanische Moment wirklich den sensiblen Endapparat mit voller Kraft trifft.

Diese Vorsicht vorausgesetzt, muss vor allem, wenn Reflexuntersuchungen bei verschiedenen Individuen und bei dem gleichen Individuum zu verschiedenen Zeiten in vergleichbarer Weise gemacht werden sollen, die Einheitlichkeit des Reizes im Auge behalten werden. Jeder sorgfältige Praktiker gewöhnt sich selbst unwillkürlich daran, bei allen Einzeluntersuchungen den Reiz möglichst übereinstimmend zu machen. Bei der Untersuchung des Kniephänomens wird er die Haltung des Hammers. die Höhe der Hebung vor dem Schlag, die Kraft der Innervation bei dem Schlagen möglichst gleich wählen, um vergleichbare Resultate zu bekommen.

Nach der Besprechung des sensiblen Endapparates und der mechanischen Momente, welche den reflectorisch zu übertragenden Reizzustand in diesem auslösen, kommen wir 2. zu der centripetalen Leitung im sensiblen Nerven und weiter in den Leitungsapparaten bis zu den Zellgebilden, welche die Anfangsreihe der centrifugalen motorischen Reihe darstellen.

Es muss bei jedem Reflex, der untersucht wird, überlegt werden, welche Nervenbahn in Betracht kommt, wobei die Möglichkeit im Auge zu behalten ist, dass ein Reflex durch Erkrankung des centripetal leitenden Nerven geschwächt oder aufgehoben werden kann, z. B. bei Druck durch Tumor oder starke Neuritis. Solche Fälle sind bei der Diagnose der paralytischen Krankheiten auszuschalten, da es sich bei diesen wesentlich um die Frage dreht, ob neben einer Psychose eine tabische Rückenmarkskrankheit vorhanden ist, welche jener fast ausnahmlos den Stempel einer paralytischen aufdrückt. Es ist möglich, dass die Abschwächung der Knie-

phänomene, welche man öfter bei Intoxicationen findet, mögen diese nun von aussen (z. B. durch Alkohol) oder von innen (z. B. bei Diabetes) kommen, öfter auf einer Erkrankung der peripherischen Nerven, speciell der sensiblen, welche die reflectorischen Reize centralwärts leiten, beruht, nicht aber auf Rückenmarkserkrankung. Oefter tritt nach Intoxicationen infolge Beseitigung der Ursache (z. B. Abstinenz nach Alkoholmissbrauch) eine Rückbildung der Störung ein, indem die Kniephänomene sich allmählich wieder einstellen. In solchen Fällen muss manchmal die Diagnose einer tabisch-paralytischen Erkrankung mit symptomatischem Alkoholismus in der Richtung der blossen Alkoholpsychose geändert werden.

Jedenfalls muss der allgemeine Satz im Auge behalten werden, dass das Fehlen des Reflexes gelegentlich durch Erkrankung des sensiblen Nerven ohne Vorhandensein einer Rückenmarkskrankheit bedingt sein kann.

Wir verfolgen nun den Weg weiter, den die reflectorisch von der Quadricepssehne aus geleiteten Reize bei und nach Eintritt des betreffenden sensiblen Nerven in das Rückenmark nehmen im Hinblick auf die Störungen, welche diese Leitung erfahren kann. Zunächst ist ersichtlich, dass die Eintrittsstellen der Rückenmarksnerven durch das Vorhandensein benachbarter Theile, welche relativ häufig von organischen Krankheiten befallen werden, wie dies besonders bei Wirbelcaries der Fall ist, verhältnissmässig sehr der Gefahr von Störungen ausgesetzt sind. Infolge von Druck auf diese Partien, z. B. durch Tumor, kann im Hinblick auf starke Schmerzen mit Fehlen eines Rückenmarkreflexes ein vollständig tabisches Bild vorgetäuscht werden.

Die für die psychiatrische Diagnostik wichtigste Störung des Reflexbogens kommt durch tabische Degeneration der Hinterstränge zustande. Auf eine solche darf aus dem Fehlen des Kniephänomens nur dann geschlossen werden, wenn eine Erkrankung der peripherischen Nerven, besonders infolge von Intoxicationen, Neuritis oder Tumoren z. B. der Wirbelsäule, ausgeschlossen werden kann. Dabei muss im Auge behalten werden, dass die tabische Degeneration der Hinterstränge in verschiedenen Höhen des Rückenmarks verschieden stark sein oder theilweise ganz fehlen kann. Das Fehlen des Kniephänomens deutet also, wenn nach Ausschluss peripherischer Störungen überhaupt auf den Sitz der Störung im Rückenmark geschlossen wird, ausschliesslich auf Degeneration in der Höhe des Lendenmarkes. Umgekehrt kann bei normaler Beschaffenheit des Kniephänomens und Unversehrtheit des Lendenmarkes doch in anderen Abschnitten des Rückenmarkes tabische Degeneration der Hinterstränge vorhanden sein. Jedenfalls muss man in allen Fällen die anatomische Lage des Reflexbogens genau beachten und darf nur dann aus dem Fehlen des Kniephänomens auf Erkrankung der Hinterstränge schliessen, wenn peripherische Ursachen an den zuleitenden Nerven und Störungen im absteigenden Ast von den motorischen Zellen in den Vorderhörnern des Rückenmarks an ausgeschlossen werden können.

Ganz ähnlich liegt es mit der Verwerthung der Pupillenstarre für die Diagnose tabisch-paralytischer Krankheiten. Nur wenn nicht-tabische Störungen des sensiblen Endapparates und der centralwärts leitenden Nerven, z. B. Tumor an der Schädelbasis, aus der Diagnose ausgeschaltet

werden können und es sich um isolirten Verlust der reflectorischen Bewegung bei Vorhandensein der accommodativen Mitbewegung der Iris handelt, kann das Vorhandensein von Pupillenstarre für die Diagnose einer progressiven Paralyse den Ausschlag geben. Dabei bleibt vorläufig unerörtert, ob die Leitungsunterbrechung zwischen dem Opticus und dem Oculomotoriuskern, die als Grundlage der tabischen Pupillenstarre gefordert wird, wirklich auf der Zerstörung eines anatomischen Bindegliedes beruht oder vielleicht als functionelles Hemmungsphänomen zu erklären ist, wofür manche Beobachtungen sprechen.

Es sind nun ferner die Störungen der Reflexe zu erörtern, die auf einer Erkrankung der centrifugalen Leitung von den motorischen Zellen der Vorderhörner, beziehungsweise des verlängerten Marks bis zu der Muskulatur beruhen. Zunächst ist bei jeder Reflexuntersuchung zu überlegen, wie die motorischen Nerven verlaufen und von welchen Zellgruppen im Rückenmark oder der Medulla oblongata sie abhängen.

Am schwierigsten zu beurtheilen sind die Verhältnisse an der Pupille.

Die Pupillenweite *(W)* ist die Resultirende aus zwei Muskelspannungszuständen, von denen der eine dem Oculomotoriusgebiet *(o)*, der andere dem Sympathicusgebiet *(s)* angehört. Man kann diesen Innervationsantagonismus durch die Gleichung

$$W = \frac{o}{s}$$

bezeichnen.

Dieses Verhältniss muss bei allen Pupillenuntersuchungen im Auge behalten werden. Es ist z. B. denkbar, dass wegen starker Spannung im Sympathicusgebiet gelegentlich ein Lichtzuwachs bei völliger Intactheit der reflectorischen Uebertragung nicht zur Wirksamkeit kommt, so dass eine Reflexstörung im physiologischen Sinne vorgetäuscht wird. Dies trifft vielleicht für die vorübergehende Trägheit der Pupillenbewegung zu, welche manchmal, jedoch keineswegs häufig im epileptischen Anfall beobachtet werden kann. In dieser Richtung ist es besonders wichtig, die Weite der Pupillen zu beachten. Sind dieselben in einem solchen Anfall abnorm weit und dabei starr oder träge, so muss die Möglichkeit einer Sympathicusreizung als Ursache der scheinbaren Reflexstörung sehr in Betracht gezogen werden. Oft zeigt sich in solchen Fällen, dass eine Pupille, die bei mittlerem Licht nicht reagirt, bei stärkerem Licht sich sehr gut bewegt. Jedenfalls muss man gerade bei epileptischen Zuständen mit der Annahme völliger Pupillenstarre sehr vorsichtig sein und wird öfter in die Lage kommen, den oben ausgeführten Satz über das Zustandekommen der Pupillenweite als der Resultirenden aus zwei Kräften anzuwenden.

Die Untersuchung wird nun im einzelnen Fall noch dadurch erschwert, dass neben der reflectorischen Erregung des M. circularis iridis noch eine andere Art von Innervation in Betracht kommt, nämlich die Mitbewegung bei willkürlichen Aenderungen der Accommodation. Dieses Moment kann bei der Diagnose auf progressive Paralyse, bei der manchmal die ganze Auffassung eines Falles an dem Urtheil über die Pupillenreaction hängt, grosse Fehler bedingen.

Die vielen Täuschungen über Pupillenverhältnisse kommen wesentlich daher, dass ausser dem Lichtreiz noch ein anderes Moment eine Veränderung der Pupillenweite verursachen kann, nämlich die Accommodation auf verschieden weit entfernte Gegenstände. Wenn ein Mensch, der notorisch

lichtstarre Pupillen hat, im Augenblick des vermehrten Lichtreizes seine Augen auf einen viel näheren Gegenstand einstellt, so wird eine accommodative Verengerung der Pupillen auftreten und das Vorhandensein einer reflectorischen Bewegung vorgetäuscht werden. Hieraus folgt der erste Satz, dessen Consequenzen für die Werthschätzung der Untersuchungsmethoden weitgehende sind: Eine Prüfung auf Pupillenstarre ist nur dann als einwandfrei anzusehen, wenn dabei die Accommodationsbewegung der Iris mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Nun ist von vornherein klar, dass bei psychisch abnormen Menschen dieser Ausschluss der Accommodationsbewegung viel schwieriger ist, als bei geistig gesunden Personen, denen man einfach sagt, dass sie die Augen nicht bewegen sollen. Denn die Innervation der Recti interni, welcher die accommodative Mitbewegung der Iris associirt ist, steht unter der Willkür des Menschen, welche eben bei geisteskranken Personen mit gewissen Ausnahmen viel schwerer zu beeinflussen ist, als bei geistig gesunden. Daher müssen vom Psychiater mehrere Methoden völlig verworfen werden, welche man bei geistig gesunden Personen in der Praxis gern verwendet, z. B. das Verdecken der geöffneten Augen mit der Hand und plötzliches Wegziehen der letzteren. In diesem Falle wird ein geistig Gesunder wohl imstande sein, die Augen unbewegt zu halten, aber psychisch Gestörte werden meist nach Wegziehen der Hand ihre Augen auf den unmittelbar vor ihnen stehenden Beobachter einstellen und durch die accommodative Bewegung der Iris die auf reflectorische Pupillenstarre gerichtete Untersuchung stören. Entsprechend geschieht es oft, wenn man durch eine Convexlinse concentrirtes Licht schräg von vorn in's Auge fallen lässt, dass die Geisteskranken die Augen auf den Gegenstand richten und dadurch Untersuchungsfehler veranlassen. Wo dies nicht der Fall ist, kann diese Untersuchungsmethode mit Linse und concentrirtem Licht entschieden als eine der besten bezeichnet werden, besonders weil man bei der scharfen Beleuchtung die Bewegung der Iris am besten erkennt. Im Princip muss jedoch für die Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken verlangt werden, dass die zu Untersuchenden die Lichtquelle selbst dauernd fixiren und dass der Beobachter die fixirte Lichtquelle nach Belieben verstärken oder abschwächen kann. Erfahrungsgemäss kann man die grösste Menge der Geisteskranken dahin bringen, dass sie einen bestimmten Gegenstand, also z. B. die Flamme einer Gaslampe, eine Weile fest ansehen, wobei man durch Auf- und Niederdrehen der Flamme die Variation der Lichtstärke bewirken kann. Natürlicherweise muss dabei alles stärkere diffuse Licht, also besonders das Tageslicht, ausgeschlossen werden. Nur unter strenger Berücksichtigung dieser Sätze kann man bei Geisteskranken einwandfreie Resultate bekommen, während bei geistig Gesunden eine weniger schematische Methode meist ganz brauchbare Resultate liefert.

Ebenso wie wir in Bezug auf den Reiz versucht haben, denselben abzustufen und zu messen, muss auch die motorische Wirkung nach Möglichkeit beobachtet und bestimmt werden.

Experimentelle Methoden zu diesem Zweck werden für die Praktiker grösstentheils zu complicirt sein. Bei dem Kniesehnenreflex handelt es sich darum, durch Uebertragung des Ausschlages auf einen Schreibhebel an einer berussten Trommel eine Curve zu erhalten, aus welcher man die Höhe des Ausschlages und die Art des Ablaufes erkennen kann.

Bei der Pupille muss man eine andere Art der Messung wählen, da es unmöglich ist, die Bewegung der Iris mechanisch übertragen zu lassen. Eine vielfache Messung der Pupillenweite ist durch Anwendung eines optisch-mathematischen Principes durch den von mir an anderer Stelle dargestellten Apparat ermöglicht.*

Nachdem die Störungen erörtert sind, die in dem motorischen Theil der uns hier beschäftigenden Reflexapparate zustande kommen können, wenden wir uns zu der Frage, in welcher Weise der Ablauf eines Reflexes, von anderen, besonders höher gelegenen Nervencentren aus beeinflusst werden kann. Im allgemeinen gilt der Satz, dass bei Leitungsunterbrechung der motorischen Bahnen im Rückenmark die unter der verletzten Stelle das Rückenmark passirenden Reflexe gesteigert sind, wie dies bei Degenerationen der Pyramidenseitenstrangbahn, bei Querschnittsmyelitis, Blutungen im centralen Abschnitt der motorischen Bahn fast immer beobachtet wird. Man kann diese Erscheinung durch den Wegfall reflexhemmender Einflüsse erklären. Es kommen jedoch andererseits seltene Fälle vor, in denen besonders von den Hirnschenkeln aus ein Fehlen des Kniephänomens als länger dauernde Erscheinung verursacht werden kann, ohne dass der Reflexbogen im Rückenmark in anatomisch sichtbarer Weise gestört wurde. Demnach ist auch eine functionelle Hemmung eines Reflexes von anderen Centren aus denkbar.

Es liegt nahe, diese Vorstellung, die für das Kniephänomen in dem erwähnten Falle zutrifft, versuchsweise auch auf das Phänomen der tabischen Pupillenstarre zu übertragen, nachdem die Versuche, eine anatomische Unterbrechung der Leitung vom Tractus opticus zum Oculomotoriuskern zu finden, immer wieder gescheitert sind. Thatsache ist, dass in auffallend vielen Fällen von tabischer Paralyse, in denen Pupillenstarre vorlag, Degenerationen im Halsmark gefunden werden, durch welche vielleicht die Pupillenstarre als functionelles Hemmungsphänomen ausgelöst sein kann. Wir lassen diese physiologisch sehr interessante Frage hier beiseite.

Jedenfalls muss man bei den Reflexen die Art, wie andere Nervencentren in den Ablauf des Vorganges eingreifen, sehr in Betracht ziehen. Bei dem Kniephänomen fallen hierbei jedem unbefangenen Beobachter eine Reihe von Erscheinungen in das Auge. Die Spannung der Aufmerksamkeit, intellectuelle Thätigkeit, Affecte wirken deutlich auf die Art des Kniephänomens ein. Nervenpathologisch handelt es sich dabei um Einwirkung bestimmter Nervencentren auf reflectorische Vorgänge, die an ganz anderer Stelle durch das Centralnervensystem hindurchgehen.

Die genauere Untersuchung der verschiedenen Formen dieses Einflusses ist für den Fortschritt der neurologischen und psychopathologischen Diagnostik von grosser Bedeutung. Auch kann man schon in der einfachen Praxis eine Menge von wichtigen Wahrnehmungen machen. Die Art des Ausschlages und die Rückkehr zu dem Anfangszustand zeigen auffallende Verschiedenheiten. Manchmal schnellt der Unterschenkel ganz rasch und blitzartig in die Höhe und wird ebenso rasch zurückgerissen. Untersucht man dabei mit Palpation, so fühlt man eine starke Innervation der Antagonisten. In anderen Fällen zeigen sich einige Ausschläge hintereinander, die allmählich kleiner werden. Ferner bleibt der Unterschenkel manchmal nach dem Ausschlag auf einem erhöhten Niveau

* Vergl. Diagnostik der Geisteskrankheiten, II. Aufl. pag. 57.

stehen und sinkt erst allmählich wieder in die Ausgangsstellung zurück. Oder es treten Mitbewegungen in anderen Muskelgruppen auf, öfter mit schreckhaftem Zusammenzucken des ganzen Körpers. Alle solche Varianten des Kniephänomens verdienen bei der Untersuchung beachtet und im Protokoll erwähnt zu werden, umsomehr, als die genauere experimentelle Untersuchung immer wiederkehrende Erscheinungen* gleicher Art aufweist, die sich in Gruppen zusammenfassen lassen und vermuthlich bestimmte psychophysiologische Bedeutung haben.

Mit dem Vorstehenden hängt die Frage zusammen, wie weit die zeitlichen Verhältnisse des Ablaufes in den Kreis der Untersuchung gezogen werden können. Bei der Untersuchung des Kniephänomens macht man manchmal die Beobachtung, dass nach dem Schlag auf die Quadricepssehne der Muskel einen wahrnehmbaren Moment ohne Innervation bleibt und sich dann erst in normaler oder gesteigerter Weise zusammenzieht. Dieses Phänomen habe ich in einem Fall, der nach der Fehldiagnose auf Hysterie sich immer deutlicher als Tumor der Lendenwirbelsäule erwies, sehr ausgeprägt gesehen. Auch kommt es vor, dass die Zusammenziehung des Muskels sehr träge ist und die Hebung des Unterschenkels auffallend langsam erfolgt.

Alle diese Beobachtungen, die man gelegentlich machen kann, fordern dazu auf, auch die zeitlichen Verhältnisse des Kniephänomens neben der Höhe des Ausschlages zu berücksichtigen.

B. Entwicklung und Entstehung der Krankheit.

Die Erhebung der Anamnese.

Wenn ich erst jetzt am Schluss des Abschnittes über die körperliche Untersuchung der Geisteskranken auf die Erhebung der Anamnese eingehe, auf die praktisch ein so grosses Gewicht gelegt wird, so könnte dies als Ausdruck einer Geringschätzung dieses Hilfsmittels der Diagnostik erscheinen.

In Wirklichkeit ist grosser Werth darauf zu legen, jedoch nur unter der Voraussetzung einer methodischen und kritischen Handhabung der anamnestischen Prüfung.

Es ist klar, dass eine genaue Kenntniss des Vorlebens in vielen Fällen vorzüglich geeignet ist, um den bei der Untersuchung festgestellten Zustand im Zusammenhang eines ganzen Lebens zu begreifen oder Lücken der Untersuchung zu ergänzen; aber dieses Bestreben nach einer Klarstellung der charakteristischen Züge des Individuums wird bei einer unkritischen Behandlung der Anamnese sehr in Frage gestellt. Die Fehlerquellen liegen wesentlich in dem Subject der Referirenden, die häufig gar nicht imstande sind, aus eigener Anschauung über den Kranken zu berichten, oder wenn sie es können, alle die Mängel aufweisen, welche die Mehrzahl der Menschen bei der Beschreibung psychischer Erscheinungen zeigt.

Zu der reinen Darstellung von seelischen Vorgängen oder von Handlungen, in denen sich innere Zustände ausdrücken, gehört eine Schulung der Beobachtung, eine Ausscheidung von associirten Vorstellungen, eine Zu-

* In meinem Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden habe ich eine Anzahl von solchen Phänomenen beschrieben. Vergl. pag. 40—82.

rückhaltung von Schlüssen, wie sie nur durch methodische Uebung erreicht werden kann.

Meist werden von den Personen, von welchen wir die Anamnese Geisteskranker erheben, Theile des Geschehenen weggelassen, andere zu stark betont, wieder andere associativ geändert oder ergänzt.

Dieser Umbildungsprocess, welchem die Erinnerungen der meisten Menschen unterliegen, wird nun bei den Berichten über das Vorleben von Kranken noch besonders durch die Begriffe befördert, welche sich die Referenten in unzureichender Weise über die Ursachen der Krankheit machen, wodurch eine Menge von entgegenstehenden Beobachtungsthatsachen oft einfach ausgeschaltet werden.

Die Vermengung von Beschreibungen mit Urtheilen über die Entstehung ist ein sehr häufiger Zug in diesen Anamnesen.

Das fortwährende Fragen nach den Ursachen, welches vom Standpunkte der speculativen Psychologie ein Ausdruck eines tiefen intellectuellen Bedürfnisses der Menschen sein mag, ist praktisch der Grund zu vielen Fehlschlüssen und zur unwillkürlichen Fälschung der einfachen Thatsachen.

Oft wird eine zufällige chronologische Aufeinanderfolge zu einer Kette von Ursache und Wirkung ausgestaltet. Oft sind die Causalitätsschlüsse durch Vorurtheile oder Affectzustände beeinflusst.

Sehr verbreitet ist die Neigung, bestimmte Menschen oder äussere Umstände für den Ausbruch von Krankheitszuständen verantwortlich zu machen, welche für den Erfahrenen den endogenen Charakter deutlich an sich tragen.

Die Erhebung einer Anamnese ist ein fortwährender Kampf mit den Denkfehlern der Referenten.

Man muss sich andauernd vor Augen halten, wer den Bericht gibt, in welchem Verhältniss der Referent zu dem Kranken steht und welche Voreingenommenheit natürlicher Weise in Betracht kommen kann, wie viel von dem Bericht auf eigener Beobachtung beruht, ob in der Art der Erzählung eine bestimmte Auffassungsart typisch wiederkehrt, ob sich Lücken und Widersprüche in den Beschreibungen finden. Vor allem ist es nöthig, auf Grund der durch die eigene Untersuchung gewonnenen Eindrücke führend in den Gang der Unterhaltung einzugreifen und die wesentlichen Punkte herauszuheben, in welchen die Anamnese den Befund zu bestätigen, zu ergänzen oder zu modificiren geeignet ist.

Nur so kann aus den oft unklaren Erinnerungen, subjectiven Meinungen und vorzeitigen Urtheilen des Referenten ein brauchbares Material für die Erkenntniss des Vorlebens herausgestellt werden. Auch dieses ist jedoch oft noch so lückenhaft, dass es der Ergänzung durch andere Personen bedarf. Man erlebt hierbei öfters mit Ueberraschung, wie bei diesen sich das Vorleben eines Kranken völlig anders darstellt, als bei dem ersten Referenten, wie eine Menge von Zügen eine andere Beleuchtung gewinnen, wie neue Thatsachen erscheinen, andere zurücktreten.

Auch hier muss wieder die kritische Sichtung beginnen, ohne welche die Erhebung einer Anamnese nichts als die Wiederholung der subjectiven Meinung eines Menschen über einen Krankheitszustand sein würde.

Die deutliche Herausstellung des Vorlebens eines Kranken ist also eine Aufgabe, die ebensoviel Sorgfalt verlangt, wie die Untersuchung selbst — die öfter bei mangelhafter geistiger Qualität der Referenten sogar noch schwieriger als jene sein kann.

Jedenfalls soll der Diagnostiker jede Gelegenheit wahrnehmen, um seine Kenntniss über das Vorleben eines Kranken zu vermehren und zu befestigen. Im Betriebe der Anstalt werden besonders die Besuche von Angehörigen nach dieser Richtung benützt werden.

Ist die Nothwendigkeit der anamnestischen Forschungen schon in gewöhnlichen diagnostischen Fällen gegeben, so trifft dies noch in höherem Maasse zu, sobald es sich um Untersuchungen in Bezug auf den Geisteszustand eines Menschen auf gerichtliche Anforderung handelt, wie sie auch an den praktischen Arzt herantreten können.

Hierbei macht sich die Beschaffung urkundlicher Nachweise über die Leistungen in der Schule, späteres Verhalten im Dienst u. s. w. öfter erforderlich, wenn das Urtheil über das Vorleben mit genügender Sicherheit gefällt werden soll.

Bei allen diesen Nachforschungen ist der Befund der eigenen Untersuchung vor allem im Auge zu behalten.

Nur durch kritische Sichtung der erreichbaren Daten und durch Vergleichung des anamnestischen Materials mit dem Befund kann eine Anamnese entstehen, welche die Forderung einer objectiven Darstellung des Vorlebens erfüllt.

Erforschung der Ursachen.

Die Erforschung der Krankheitsursachen ist einer der wesentlichsten Punkte bei Erhebung der Anamnese. Auf die Schwierigkeiten, die hierbei aus den Denkfehlern der Referenten entstehen, ist schon hingewiesen worden. Voraussetzung einer richtigen Causalitätsforschung ist die genaue Darstellung der chronologischen Verhältnisse. Es muss jedoch sorgfältig geprüft werden, ob aus der chronologischen Aufeinanderfolge ein Causalverhältniss abgeleitet werden kann; zu diesem Zweck muss gefragt werden, ob im allgemeinen bei dem Individuum bestimmte Erscheinungen auf gewisse veranlassende Momente erfolgen. Es handelt sich darum, das Verhältniss von äusseren Reizen zu der durch innere Anlage bedingten Art der Reaction klarzustellen. Es ist hierbei zu ermitteln, ob bestimmte Dispositionen bei geringfügigen Reizen in übermässiger Weise zur Wirksamkeit kommen, z. B. Auftreten von Schrecken bei kleinen Anlässen, starke Ermüdung nach mässigen Arbeitsleistungen, zornige Erregung nach kleinen Unannehmlichkeiten, übermässiger Aerger nach Zurücksetzungen. In allen diesen Fällen überwiegt das innere Moment der Disposition, mag diese nun angeboren oder erworben sein, den Werth des äusseren Reizes völlig.

Ebenso ist nach der Art der Reaction des Individuums auf bestimmte Genussmittel, besonders Alkohol zu fragen. Die Intoleranz gegen Alkohol, die strafrechtlich eine grosse Rolle spielt, lässt sich häufig bei genauer Anamnese durch charakteristische Erlebnisse nach Aufnahme geringer Alkoholquantitäten weit im persönlichen Leben zurückverfolgen.

Mehrfach gibt die Feststellung über solche Reactionsarten, die bei einem Individuum schon vorhanden waren, bevor eine Reihe von Krankheitserscheinungen auftrat, den Ausschlag, um in dem Ablauf einer Symptomenreihe einem bestimmten Momente den Werth einer Ursache zu geben, oder auch um zu den Krankheitserscheinungen die richtige Ursache mit Wahrscheinlichkeit zu ergänzen. Wenn z. B. bei einer Person, die plötzlich mit Verwirrtheit und Tobsucht erkrankt, anamnestisch

festgestellt ist, dass schon immer nach grösseren oder kleineren Alkoholdosen nervöse und psychische Störungen geringerer Art anfallsweise aufgetreten sind, so wird man die Frage aufwerfen müssen, ob nicht auch die schwere Störung als Reaction auf Alkoholwirkung aufgefasst werden kann. Ebenso kann die anamnestische Feststellung über das leichte Auftreten von Angst bei geringen Anlässen diagnostische Bedeutung gewinnen, um einen scheinbar melancholischen Erregungszustand im Lichte eines psychogenen (hysterischen) Anfalles erscheinen zu lassen.

Umgekehrt kann die Abwesenheit solcher Reactionen, in denen bestimmte Dispositionen zum Vorschein kommen, den Ausschlag geben, um ein Moment, das in der Einleitung einer Krankheit scheinbar eine grosse Rolle spielt, als ein ätiologisch unwesentliches erkennen zu lassen. Als Beispiel nenne ich die Fälle von fortschreitendem Schwachsinn mit starken Alkoholexcessen, die gelegentlich als Alkoholismus aufgefasst werden, während eine genaue Anamnese herausstellt, dass die Betreffenden früher keine Neigung zum Alkohol gehabt haben und dass schon eine Zeit vor dem Alkoholmissbrauch abnorme Züge aufgetreten sind. Hierdurch stellt sich der Alkoholismus dann lediglich als ein späteres Symptom der Krankheit heraus, die in manchen von diesen Fällen sich als eine paralytische erweist.

Man darf also bei Causalitätsforschungen niemals die blosse Reihe von Krankheitssymptomen ins Auge fassen, sondern muss versuchen, die angeborene Disposition der Kranken durch unbefangene Prüfung des gesammten Vorlebens zu erforschen. In dieser Richtung ist gerade den praktischen Aerzten durch ihre nahe Beziehung zu den Familien ein viel weiteres Feld der Beobachtung eröffnet, als es die an den Anstalten angestellten Aerzte meist vor sich haben. Während diese in den meisten Fällen bei Erforschung der schon früher vorhandenen Anlage auf die Aussagen von Angehörigen angewiesen sind, kann der Hausarzt hierbei oft eine Reihe von eigenen Beobachtungen heranziehen. In dieser Richtung könnte gerade von den Praktikern der wissenschaftlichen Psychiatrie eine grosse Hilfe geleistet werden, vorausgesetzt, dass solche Beobachtungen nicht durch dogmatische und einseitig pädagogische Vorstellungen verdorben werden.

Die weitere Aufgabe, die Art der angeborenen Disposition durch psychophysische Reactionen in Zahlen auszudrücken und allmählich die natürlichen Gruppen von Beanlagungen wissenschaftlich herauszustellen, soll hier nur kurz angedeutet werden. Es kann dies vorläufig nur im bescheidensten Rahmen versucht werden, wenn auch die Bearbeitung einer exacten Individualpsychologie in diesem Sinne ausserordentlich wünschenswerth wäre. Für den praktischen Arzt kommen diese Methoden zur Zeit noch nicht in Betracht, während ihm die unbefangene Beobachtung und das Charakterstudium eine Fülle von einfachen Resultaten bieten kann, die bei dem Ausbruch einer Psychose diagnostische Bedeutung erhalten können.

Neben der Frage der angeborenen Disposition kommt andererseits die Summe von äusseren Verhältnissen und Reizen in Betracht, denen das Individuum ausgesetzt war. Hierbei wird nun ohne Rücksicht auf wissenschaftliche Forschung mit der Construction von Causalverhältnissen oft sehr einseitig verfahren. Da man als mögliche Ursachen von Geistesstörung fast alle Momente aufzuzählen pflegt, welche dem natür-

lichen Gefühl als etwas Unangenehmes erscheinen, gleichgiltig ob sie eigentliche äussere Momente darstellen oder innere Dispositionen, die gelegentlich durch äussere Reize zur Wirksamkeit kommen, so liegt es nahe, wenn in der Anamnese einer Geisteskrankheit ein solches Moment vorkommt, dasselbe als das ätiologisch wesentliche zu betrachten. Gerade durch diese leichtfertige Annahme von Causalitäten ist die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Gebietes sehr gehemmt worden.

So findet man gelegentlich Ueberarbeitung oder Schreck als Ursache einer Psychose bezeichnet, die sich als symptomatische Geistesstörung bei einer Nierenkrankheit erweist. Es werden Momente, die fast bei jedem Menschen vorhanden sind, z. B. Aufregungen, Sorgen u. s. f., einseitig betont und zur Ursache einer Psychose gemacht. Dasselbe gilt für Verletzungen, die öfter als Ursache von Psychosen angeschuldigt werden, während sie bei unbefangener Betrachtung manchmal nur nebensächliche Bedeutung haben. Um ätiologische und diagnostische Fehler zu vermeiden, ist besonders auf die Nothwendigkeit gründlicher körperlicher Untersuchung dringend hinzuweisen, die oft Thatsachen aufdeckt, denen gegenüber solche willkürliche Annahmen werthlos werden. Lässt diese im Stich und ist man in Bezug auf Verursachung lediglich auf die Kritik der Anamnese angewiesen, so muss geprüft werden, ob ein Moment vorliegt, welches in einem den Durchschnitt an Intensität und Häufigkeit übersteigenden Maasse auf das Individuum eingewirkt hat. Dies gilt in körperlicher Beziehung von erschöpfenden Momenten, z. B. sehr schweren Blutungen, vielfachen Nachtwachen oder fortgesetzter Nachtarbeit, besonders wenn ein nachheriges Ausruhen nur ungenügend stattfindet, ferner besonders vom Puerperium, in psychischer Beziehung von vielfachen Sorgen und schwierigen Lebensverhältnissen, besonders wenn sie mit dauernder Spannung der Erwartung verknüpft sind, sowie von plötzlichen Schreckwirkungen. Dabei wird man das chronologische Verhältniss der pathologischen Zustände zu diesen Umständen im Auge behalten.

Auch wenn ein solches äusseres Moment deutlich in den Vordergrund tritt, muss man meist die gleichzeitige Bedeutung der „inneren Ursachen“ anerkennen, da andere Individuen unter den gleichen Verhältnissen gesund bleiben. Trotzdem wird man das äussere Moment in solchen Fällen mindestens als Conditio sine qua non der Krankheit bezeichnen können.

Schliesslich muss hervorgehoben werden, dass in der Physiologie eine so einseitige Causalität, wie der menschliche Verstand sie sich vorstellt und fordert, vielleicht nur selten vorkommt, dass vielmehr zu einer physiologischen Erscheinung eine Reihe von „Ursachen“ zusammenwirken können. Immerhin ist es praktisch erlaubt, diejenige als Ursache zu bezeichnen, der im Rahmen des Ganzen die wesentlichste Bedeutung zukommt.

Nach diesen Betrachtungen über die Methode, eine Causalität nachzuweisen, stelle ich die verschiedenen Arten von Ursachen zusammen. Dabei halten wir den Gedanken fest, dass die Krankheit, abgesehen von den Fällen, in denen sie rein auf angeborener Grundlage ausbricht, als Product aus innerer Beanlagung oder erworbener Disposition und äusserer Ursache betrachtet werden muss, wobei wir unter äusserer Ursache alle extracerebralen Momente verstehen.

Aus dem Gebiete der angeborenen Disposition nenne ich z. B. abnorme Erreglichkeit der Nervensubstanz, leichte Auslösbarkeit von Angst.

Von den äusseren Ursachen:

1. Mechanische Störungen (Verletzungen, Erschütterungen, Circulationsstörungen).

2. Intoxicationen, *a)* durch Stoffe, die von aussen in den Körper gelangen: Alkohol, Blei, Cocain, Morphium; *b)* durch Stoffe, die in dem Körper entstehen bei Urämie und Diabetes, ferner im Zusammenhang mit dem Puerperium.

3. Ernährungsstörungen (Entkräftung durch Blutungen, Ueberarbeitung, Strapazen, Puerperium).

4. Psychisch wirkende äussere Momente: Schreckhafte Ereignisse.

Während man in vielen Fällen die Krankheit als Product aus Disposition und äusserer Ursache betrachten kann, gibt es nun zweifellos in der Psychopathologie Fälle, wo die äussere Ursache ganz zurücktritt und das Moment der angeborenen Anlage eine entscheidende Rolle spielt. Die Feststellung, dass es Geistesstörungen gibt, die ohne äussere Veranlassung, auch nachdem eine normale Lebensperiode vorausgegangen ist, lediglich auf Grund einer bestimmten Veranlagung ausbrechen können, ist einer der wichtigsten Fortschritte, den die Causalitätsforschung in diesem Gebiet gemacht hat. Sie führt über die rein physiologische Betrachtung der angeborenen Anlage hinaus in das phylogenetische Gebiet der Heredität.

Feststellung der hereditären Belastung.

Neben der auf die Entwicklung der Persönlichkeit gerichteten anamnestischen Forschung ist es für die psychiatrische Diagnostik wichtig, die Stellung des Individuums in der Entwicklungsreihe der Familie zu betrachten.

Dabei ist zunächst nothwendig, vom Gesammtbestand der Familie im physiologischen Sinne auszugehen, nicht von den noch erhaltenen Mitgliedern derselben, wie das manchmal geschieht. Häufig werden bei der Frage nach den Geschwistern nur die lebenden genannt, während verstorbene Kinder und Fehlgeburten von den Eltern nicht erwähnt werden. Die Todesursache der Verstorbenen muss nach Möglichkeit festgestellt werden, wodurch man manchmal wichtige diagnostische Winke erhält. Es kommt z. B. in der Anamnese von Epileptischen auffallend oft vor, dass Geschwister in jugendlichem Alter durch Krämpfe zu Grunde gegangen sind. In Bezug auf die Fehlgeburten muss nach Möglichkeit die Zeit der Schwangerschaft und die Ursache festgestellt werden, wobei sich öfters unter Ausschluss mechanischer Ursachen (Fall, Heben) und anderer von aussen wirkender Momente (Syphilis) eine nervöse Disposition der Mutter (Schreck bei geringem Anlass u. a.) herausstellt.

Sodann sind beide Componenten der Generation (Vater und Mutter) gleichmässig zu berücksichtigen. Die einseitige Betrachtung des väterlichen Stammbaumes, welche der Gewohnheit genealogischer Betrachtung entspricht, ist zu vermeiden. Es muss nach Möglichkeit die gesammte Ahnentafel, d. h. das Verzeichniss derjenigen Personen, welche in der Generationsreihe direct oder indirect zu der Entstehung eines In-

dividuums beigetragen haben, durch wenigstens drei Glieder aufgestellt werden. In diesem Punkte deckt sich das praktische Bedürfniss der Psychiatrie völlig mit den Anforderungen der wissenschaftlichen Genealogie.*

Für die Psychopathologie kommt jedoch darüber hinaus das weitere Gebiet der Blutsverwandtschaft erheblich in Betracht. Es muss scharf betont werden, dass dieses weit mehr umfasst als die Ahnentafel, da von den einzelnen Personen durch Geschwister dieser Seitenlinien ausgehen, deren Mitglieder nicht in die Generationsreihe des Individuums hineingehören und doch blutsverwandt mit demselben sind. Es entspricht den naiven Anschauungen über Vererbung, wenn für die Frage der erblichen Belastung zunächst die Beschaffenheit der Vorfahren, im engeren Sinn der Generationsreihe, in Betracht gezogen wird. Das unbefangene Studium lehrt jedoch, dass ein Individuum auch durch solche Blutsverwandte als erblich belastet erscheinen kann, die nicht in die Generationsreihe desselben gehören.

Für die Beurtheilung der endogenen Geistesstörungen ist von grosser Wichtigkeit die Kenntniss dessen, was man kurz als Heredität bezeichnet.

Unter Heredität im psychiatrischen Sinne ist weiter nichts zu verstehen, als die Thatsache, dass in der Blutsverwandtschaft eines bestimmten Menschen mehrere Fälle von psychischer Abnormität vorgekommen sind. Heredität ist also ein weiterer Begriff als „Vererbung". Bei „Vererbung" denkt man immer an die Fortpflanzung von Eigenschaften der Eltern in den Kindern, oder im weiteren Sinn an das nothwendige Product aus den Zeugungselementen der Eltern. Es können wahrscheinlich die Zeugungselemente, z. B. unter dem Einfluss von Intoxicationen, in einen Zustand versetzt werden, aus welchem in dem Gehirn des producirten Kindes endogene Geistesstörungen zustande kommen, ohne dass die Erzeuger selbst jemals psychopathisch gewesen wären. In diesem Fall kann eigentlich von „Vererbung" nicht gesprochen werden, weil ja der psychopathische Zustand des Kindes gar nicht seine Quelle in einem psychopathischen Zustand der Eltern, sondern in einer exogenen Schädigung der Keimelemente hat. Immerhin ist hier doch wenigstens von der Hervorbringung eines Zustandes im Kinde durch einen Zustand der Eltern die Rede, also von einem Causalitätsverhältniss.

In dem psychiatrischen Begriff der Heredität ist jedoch von diesem Causalitätsverhältniss gar nicht mehr die Rede. Es kann z. B. jemand durch seine eigenen Kinder hereditär belastet erscheinen, wenn die Geistesstörung dieser nicht durch exogene Ursachen (Syphilis—Paralyse, Alkohol—Delirium tremens etc.) bedingt ist. Es verbirgt sich also eigentlich hinter dem Wort Heredität nur der allgemeine Schluss, dass, wenn in einer Familie mehrere Fälle von nicht durch äussere Ursachen erklärbaren Geistesstörungen vorkommen, wahrscheinlich auch noch andere Mitglieder derselben zu Geistesstörungen disponirt oder determinirt sein werden. Es handelt sich hier nicht um Causalität in Bezug auf das Hervorbringen von Kindern mit Anlage zu Geistesstörung, sondern um den Wahrscheinlichkeitsschluss von einzelnen vorhandenen Fällen auf andere noch nicht vorhandene in einer Blutsverwandtschaft.

Diesem Schluss liegt die Thatsache zugrunde, dass in manchen Familien eine auffallende Häufung von Geisteskrankheiten zu bemerken ist.

* Vergl. *Lorenz*, Lehrbuch der wissenschaftlichen Genealogie.

Diese Thatsache der Häufung von Geisteskrankheiten in bestimmten Familien ist nun im Sinne einer pessimistischen Weltauffassung zur Rechtfertigung der Décadence-Lehre verwendet worden. Man hat die Häufung von psychopathischen Zuständen in einer Familie als Ursache der völligen physischen und psychischen Entartung aufgefasst. Die schematische Darstellung dieser Auffassung der Hereditätsverhältnisse ist eine allmählich constant absinkende Curve. In der That gibt es Stammbäume, welche diesen fortschreitenden physischen und psychischen Zerfall klar kennzeichnen.

Es ist aber durchaus falsch, dieses Schema als vollgiltigen Ausdruck der Hereditätsverhältnisse aufzufassen. Es ist Zeit, die Thatsache hervorzukehren, dass aus einer Blutsverwandtschaft in der weiteren Nachkommenschaft allmählich die Geistesstörungen wieder verschwinden können, wenn ein Zufluss von normalen Beanlagungen aus anderer Blutsverwandtschaft erfolgt. Der Thatsache der Degeneration, welche für die Literatur jahrzehntelang den wissenschaftlichen Hintergrund des Pessimismus bildete, muss die ebenso sichere Thatsache der Regeneration im Laufe von Geschlechtern entgegengestellt werden.

Der erste Punkt, welcher in dieser Beziehung hervorgehoben werden muss, ist der Umstand, dass sich die erbliche Anlage bei Kindern von Eltern, von denen der eine Theil dauernde, unheilbare Geistesstörung hat, durchaus nicht in dauernder, unheilbarer Geistesstörung zu äussern braucht, sondern vielmehr sehr häufig in kurzen Anfällen mit sehr guter Prognose und völliger Wiederherstellung zu Tage treten kann.

Nach der Antecipation der pessimistischen Décadence-Lehre, welche zum Theil auch in wissenschaftliche Publicationen eingedrungen ist, müsste die Geistesstörung eines erblich belasteten Kindes graduell mindestens ebenso schwer oder noch schwerer sein, als die Geistesstörung der oder eines der Ascendenten.

Es wird sehr häufig der Begriff der erblichen Belastung als ein prognostisches Moment aufgefasst, derart, dass das Wort „hereditär" den Nebenbegriff des „Unheilbaren" bekommt. Diese Verwechslung ist durchaus zu verwerfen. Eine Menge von unzweifelhaft hereditär bedingten Geistesstörungen hat durchaus eine gute Prognose. Die Prognose ist immer nur aus der Beschaffenheit der Krankheitsform, nie aus der blossen Thatsache der Heredität zu stellen.

In Bezug auf die Décadence-Lehre ist dieser Umstand der erste Gegenbeweis.

Es kommen ferner Familien vor, in denen Geistesstörungen bei den Grosseltern und Urgrosseltern gewesen sind, ohne dass die Enkel noch besondere psychische Abnormitäten zeigen. Das „Abklingen" von psychopathischen Familienanlagen zeigt sich z. B. darin, dass Kinder aus Familien mit einer Ascendenz, in welcher schwere Geistesstörungen gewesen sind, nur mit ganz leichten Abnormitäten (Zwangsgedanken, leichte hysterische Zustände etc.) davon kommen.

Nimmt man grosse Zeiträume, so erscheinen die Hereditätsthatsachen nicht mehr als eine sich constant senkende Curve, sondern als ein Abschwellen und Wiederanschwellen der normalen Beanlagungen. Nimmt man dagegen kleinere Zeiträume, so könnte man in der That auf die Lehre von der fortschreitenden Décadence geführt werden.

Die Thatsache, dass es offenbar endogene Anfälle von Geistesstörung gibt, welche nach ihrem symptomatischen Charakter als prognostisch

günstig aufgefasst werden müssen (Melancholie, Manie), gibt uns Veranlassung, den Begriff des Degenerativen etwas einzuschränken. Oft werden die Worte „endogen" und „degenerativ" promiscue gebraucht. Es ist jedoch besser, das Wort degenerativ auf diejenigen endogenen, functionellen Geistesstörungen einzuschränken, welche zu einem dauernden geistigen Schwächezustande führen.

Wir müssen den Begriff der degenerativen Formen des Irreseins etwas genauer behandeln. Der Ausdruck „degeneratives Irresein" enthält, wenn das Adjectivum „degenerativ" darin nicht blos in dem ganz verwaschenen Sinne gebraucht sein soll, dass dieses Irresein irgendwelche Beziehungen zur Degeneration hat, die Behauptung, dass es bestimmte charakteristische Züge gibt, welche eine Psychose als Ausdruck von Degeneration erkennen lassen. Es muss also zunächst festgestellt werden, was unter Degeneration zu verstehen ist. Dabei kann man von dem Begriff des „Endogenen" ausgehen. Es muss hierunter eine durch die Componenten der Generation implicite bedingte, bis ins Pathologische gehende Abweichung vom normalen Zustand des Genus verstanden werden. Es fallen dadurch zunächst alle diejenigen Psychosen aus dem Begriff des endogenen Irreseins heraus, welche durch von aussen an eine gesunde Organisation herangebrachte Schädlichkeiten entstehen, d. h. alle exogenen Geisteskrankheiten. Hierher gehören also zunächst alle durch grobe Gehirnzerstörung bedingten Geisteskrankheiten (bei Paralysis progressiva, multipler Sklerose des Gehirns, Hirntumoren, Porenkephalie etc.), ferner diejenigen Fälle von Idiotie, welche durch cerebrale Erkrankung im fötalen oder kindlichen Leben bedingt sind. Ferner fallen a priori aus dem Begriff heraus alle durch Intoxication im weitesten Sinne bedingten Psychosen.

Wir verstehen nun unter dem „degenerativen" Irresein alle diejenigen klinisch ganz verschiedenen Formen von endogener Geistesstörung, welche zu dauernden Zuständen geistiger Schwäche führen.

Hierbei sind folgende Krankheitsformen namhaft zu machen:

I. Der angeborene, nicht durch organische Hirnerkrankung (Porenkephalie, Hydrokephalie etc.) bedingte Schwachsinn.
II. Der später ausbrechende „primäre" Schwachsinn.
III. Die originäre Paranoia.
IV. Die Paranoia tarda.

Die genauere Behandlung dieser Formen gehört in die specielle Diagnostik der Geisteskrankheiten.

C. Die Untersuchung der psychischen Vorgänge.

Die Unterredung mit dem Kranken.

Während der Anstaltsarzt meist in der Lage ist, die Untersuchung eines Kranken über längere Zeit auszudehnen, und dadurch Gelegenheit erhält, bestimmte Methoden in gleichmässiger Weise anzuwenden, kommt der praktische Arzt oder der Amtsarzt, z. B. wenn er die Nothwendigkeit der Aufnahme in eine Anstalt entscheiden soll, oft in die Lage, aus einer oder wenigen Untersuchungen sich ein Bild von einer psychiatrischen Sachlage zu machen. Diese Aufgabe ist im Grunde schwieriger, als die des Anstaltsarztes und erfordert eine grosse Geschicklichkeit bei der Unterredung.

Obgleich es kaum möglich erscheint, über dieses Moment, welches mehr zur persönlichen Kunst des Einzelnen gehört, bestimmte Regeln aufzustellen, will ich doch hier eine Anzahl von praktischen Winken zu geben suchen.

Es handelt sich darum, bei jeder Frage das diagnostische Ziel scharf im Auge zu behalten und doch bei der ganzen Unterredung den Anschein und die Tonart einer einfachen Unterhaltung zu bewahren. Eine pedantische Hervorkehrung des diagnostischen Charakters der Fragen ist in vielen Fällen geeignet, die Prüfung zu erschweren. Die einfachsten Fragen, welche die Orientirtheit über persönliche, räumliche und zeitliche Verhältnisse betreffen, weichen von der gewöhnlichen Art der Unterhaltung wenig ab. Dabei empfiehlt es sich, die schematische Reihe der Orientirungsfragen durch gelegentliche Zwischenreden oder Eingehen auf den Inhalt der Antworten zu unterbrechen.

Die Hauptkunst der Unterredung besteht nun darin, schon bei diesen ersten Fragen Gesichtspunkte für die weitere Untersuchung zu gewinnen. Bei den Antworten darf nicht nur im Auge behalten werden, ob Orientirtheit für alle Punkte oder einen Theil vorhanden ist, sondern es muss das gesammte physiognomische und sonstige Verhalten des Kranken berücksichtigt werden. Es ist zu beachten, ob der Kranke seine Aufmerksamkeit ganz dem Fragenden zuwendet, ob er widerstrebend oder auffallend langsam antwortet, ob er auf alle oder einen Theil der Fragen ganz reactionslos bleibt. Ferner sind die falschen Antworten nicht ohne weiteres als Unorientirtheit zu bezeichnen, sondern es muss versucht werden, die besondere Eigenart der falschen Antworten wiederzugeben und zu bezeichnen. Dabei ist sowohl der Inhalt, als auch die Form der Antworten zu beachten. Abgesehen von den persönlichen Unterschieden der Bildung kommen Anomalien der Wortstellung vor, die Beziehungen zu bestimmten Krankheitsbildern (z. B. Katatonie) haben. Auch der Klang der Stimme muss schon bei den ersten Fragen Gegenstand der Aufmerksamkeit bilden. Eine eigenthümlich monoton vibrirende Sprechweise ist manchmal das erste Zeichen, welches den Untersuchenden auf die paralytische Natur einer Störung hinweist. Ebenso sind die rhythmischen Verhältnisse der Sprache zu beachten. Der manierirte Charakter einer katatonischen Krankheit verräth sich manchmal schon bei den richtigen Antworten auf die einfachsten Fragen.

Es handelt sich hier nicht darum, alle diese Störungen genau zu beschreiben, sondern die Untersuchenden auf die Wichtigkeit dieser kleinen Beobachtungen hinzuweisen. Die Kunst der Untersuchung beruht wesentlich darauf, dass man diesen scheinbar geringfügigen Wahrnehmungen alsbald nachgeht und die zugrunde liegenden Störungen durch eine geeignete Methode gesondert herausstellt.

Sehr wichtig ist bei der ersten Untersuchung die Beobachtung der morphologischen und physiognomischen Verhältnisse. Ohne den Kranken durch Betasten oder Messen scheu zu machen, empfiehlt es sich, schon bei den einleitenden Fragen die morphologischen Verhältnisse des Kopfes und die Innervationsverhältnisse des Gesichtes ins Auge zu fassen. Dabei muss man sich gewöhnen, analytisch zu betrachten, um sich über die besondere Beschaffenheit der einzelnen Theile des Gesichtes klar zu werden. Die relative Grösse des Kopfes im Verhältniss zum Gesicht, die Construction der Stirn, Eigenthümlichkeiten des Haaransatzes, Menge und

Richtung der Stirnfalten, Bau der Arcus superciliares, Stellung der Augenbrauen, Weite der Augenhöhlen, Stellung und Weite der Lidspalten, Bewegung der Augäpfel, Innervation der Lippen, vor allem Unterschiede der morphologischen und Innervationsverhältnisse zwischen rechts und links sind Momente, welche ein geübter Diagnostiker auch ohne umfangreiche und Widerspenstigkeit erregende Untersuchung sogleich auffassen muss.

Selbstverständlich sind solche Wahrnehmungen nicht ohne weiteres als diagnostische Beweismittel zu verwerthen, wohl aber können sie den Ausgangspunkt für wichtige Feststellungen bei der weiteren Untersuchung bilden. Dabei ist der Gesichtsausdruck, besonders nach der Richtung von Affectzuständen, zu beachten, und zwar nicht nur im allgemeinen, sondern unter Beziehung auf den Inhalt der einzelnen vorgelegten Fragen. Unter anderem kommt es vor, dass der Gesichtsausdruck zum Inhalt der Antwort in gar keiner Beziehung steht, dass bei gleichgiltigen Fragen ein auffallend trauriger oder heiterer Ausdruck vorhanden ist. Ferner kann eine abnorme Gleichgiltigkeit oder Ablenkbarkeit sich schon bei den einfachsten Prüfungen physiognomisch verrathen. Solche Wahrnehmungen müssen dann alsbald zum Ausgangspunkt weiterer Prüfung gemacht werden.

Ebenso wichtig ist die rasche Auffassung von Zittererscheinungen nicht nur in der bei dem Sprechen betheiligten Muskulatur, sondern besonders auch an den Extremitäten. Man kann bei sorgfältiger Beobachtung schon in wenigen Minuten manchmal diagnostisch wichtige Beobachtungen über Zittern der Finger, periodischen Wechsel dieser Erscheinung, Unterschiede zwischen rechts und links u. s. w. anstellen, welche die Untersuchung in bestimmte Bahnen lenken.

Ferner ist die allgemeine Körperhaltung bei den einzelnen Antworten zu beachten. Die Muskelspannungszustände der Katatonischen verrathen sich oft schon in der seltsamen Haltung bei inhaltlich richtigen Antworten.

Die erste Aufgabe des Untersuchenden besteht also darin, schon bei der einfachsten Unterhaltung mit dem Kranken denselben als Gegenstand einer wissenschaftlichen Analyse zu betrachten und aus kleinen Wahrnehmungen die Gesichtspunkte für die weitere Untersuchung zu gewinnen.

Prüfung der Sprache.

Jede Unterhaltung mit einem Kranken enthält im Keim eine Sprachprüfung und kann gelegentlich Momente herausstellen, welche eine genauere Untersuchung verlangen. Diese wird am besten unter Anschluss an die Methoden, welche bei Sprachstörungen infolge von Herdkrankheiten des Gehirnes ausgebildet worden sind, vorgenommen. Abgesehen von dem methodischen Vortheil, der sich dadurch bietet, weist das Gebiet der Geisteskrankheiten im engeren Begriff nahe Beziehungen zu den Sprachstörungen bei Herdkrankheiten des Gehirnes auf, z. B. können starke paraphasische Störungen bei Erkrankung des linken Temporallappens mit Verwirrtheit im Sinne einer functionellen Psychose verwechselt werden; bei epileptischen Dämmerzuständen kommen transitorische Störungen des Wortgedächtnisses trotz schon vorhandener Leistungsfähigkeit in anderen Gebieten vor; bei seniler Demenz kann das Wortgedächtniss Ausfallserscheinungen zeigen; bei Katatonie kommen Störungen vor, die ganz an Monophasie erinnern. Ferner lassen sich die complicirten Formen von Sprach-

störung, z. B. bei Paralytischen, nur durch systematische Untersuchung der Theilfunctionen der Sprache richtig auflösen.

Zur Einleitung ist der Zustand der zum Sprechen nöthigen Muskulatur zu untersuchen. Dabei geht man am besten von der Untersuchung des Facialis aus, der bei dem Sprechen die Lippenbewegungen regulirt. Neben gröberen Lähmungen oder Spasmen, deren Nachweis wir als bekannt voraussetzen, ist auf die feineren unwillkürlichen Zuckungen zu achten, die besonders bei Paralytischen öfter vorkommen und bewirken, dass richtig beabsichtigte Laute bei der articulatorischen Ausführung verdorben werden. Beachtenswerth sind ferner die starken Mitbewegungen im Facialisgebiet, die bei Paralytischen ebenso wie bei Stotterern oft vorkommen.

Sodann ist die Bewegung der Zunge zu prüfen, wobei zunächst Abweichungen nach der einen Seite und unwillkürliche Zuckungen in Betracht kommen. Es empfiehlt sich jedoch, zum Zweck genauer Sprachprüfung auch complicirtere Zungenbewegungen zu verlangen. Die Bewegung des weichen Gaumens wird abgesehen von der Inspection am besten durch Anlauten des Vocales a geprüft, wodurch gleichzeitig die Function der Stimmbänder berührt ist.

Sehr wichtig ist die Untersuchung der Athembewegungen und der Mitwirkung der Athemmuskulatur bei dem Sprechen. Z. B. haben die Störungen der Zwerchfellinnervation abgesehen von der Pathogenese des Stotterns, wobei die krampfhaften Innervationen öfter von Angst begleitet oder ausgelöst sind, eine grosse Bedeutung bei hysterischen Erregungszuständen. Man kann manchmal hysterische Anfälle, bei denen inspiratorische Dyspnoë als auslösendes Moment vorliegt, was sich in der schnappenden, abgerissenen Sprechweise kundthut, oft rasch unterbrechen, wenn man die Zwerchfellathmung wieder in Gang bringt. Man fordert den Kranken auf, so zu athmen, dass die Brust möglichst stillsteht und das Abdomen hervortritt. Ist das geschehen, so lässt man Vocale nachsprechen und kann dadurch die verlorene Coordination der Bewegungen manchmal rasch herstellen. So gelingt es zuweilen, die dem Anfall zugrunde liegende dyspnoische Angst zu beseitigen. Jedenfalls muss in allen Fällen, in denen die Sprache abgerissen ist und ruckweise mit hastigen Inspirationen auftritt, Stand und Beweglichkeit des Zwerchfelles im Zusammenhang mit der anderen zum Sprechen nöthigen Muskulatur untersucht werden.

Hat man sich von den motorischen Voraussetzungen des Sprachactes überzeugt, so folgt die Prüfung der feineren Innervation bei dem Nachsprechen der Vocale, sodann der Consonanten. Bei den Vocalen ist auf die Art des Klanges zu achten, der zum Beispiel bei Paralytischen häufig etwas monoton Vibrirendes hat, was vermuthlich auf ganz minimalen Schwankungen der Tonhöhe beruht. Bei den Consonanten ist die Deutlichkeit und Energie der Articulation in das Auge zu fassen. Angeboren Schwachsinnige zeigen oft eine Art Verwaschenheit der Sprache, was auch bei Paralytischen in Verbindung mit leichten Zuckungen im Facialisgebiet auftreten kann.

Im Hinblick auf die elementaren Störungen des Laut- und Silbengedächtnisses, welche oft Theilerscheinung der paralytischen Sprachstörung sind, schliesst man an die Prüfung des Alphabetes am besten gleich Lautreihen an, z. B. sind die Reihen a—s—p—e—t—r—l—o—c—q oder i—b—h—x—q—o—z—d—n—g von mir oft verwendet worden. Es stellt sich bei Paralytischen mehrfach heraus, dass bei erhaltener Articulationsfähigkeit das Vermögen, die Lautreihe richtig zu behalten, fehlt.

Hat man die Fähigkeit, die Grundelemente der Worte zu behalten, und die Reproduction von Lautreihen geprüft, so geht man systematisch zu ein-, zwei- und dreisilbigen Worten über. Als Beispiele lassen sich z. B. verwenden: I. Alp, Ring, Buch, Fass, Halm, Bein, Mast, Pferd, Thier, Frost; II. Handtuch, Tinte, Ufer, Echo, Stange, Schimmer, Grösse, Riemen, Dollar, Teufel; III. Klingenberg, Verständniss, Thätigkeit, Nachahmung, Perception.

Bei dem Nachsprechen von mehr als dreisilbigen Worten kommt das Gedächtniss für Laut- und Wortreihen schon so lebhaft in Betracht, dass eine gründliche Voruntersuchung in dieser Richtung nothwendig ist. Man lasse daher Reihen aus den vorher nachgesprochenen Worten bilden, z. B. Ring—Alp—Buch—Thier—Frost, oder Halm—Fass—Mast—Bein—Pferd.

Entsprechend kann man Zahlenreihen, z. B. 7—3—9—5—2—6—8—1—4 oder 9—1—5—6—3—4—7—2—8 verwenden. Erst dann gehe man zu langen Worten über. Zur Feststellung der paralytischen Sprachstörung pflegen einige Worte benützt zu werden, z. B. dritte reitende Artilleriebrigade, deren isolirte Verwendung leicht Fehlschlüsse bedingen kann, da auch Nichtparalytische dabei oft stolpern. Als weitere Beispiele lassen sich u. a. folgende verwenden: Reproductionsfähigkeit, Baugewerksberufsgenossenschaft, Dampfsägemühlconcurrenzactiengesellschaft, Diäthylsulfondimethylmethan, sechshundertsechsundsechzigtausendsechshundertsechsundsechzig.

Der wesentliche Erfolg der methodischen Untersuchung wird in vielen Fällen sein, dass man die verschiedenen Componenten einer complicirten Sprachstörung, z. B. die groben und feineren Störungen im motorischen Gebiet, die Anomalien des Klanges, die elementaren Störungen des Lautgedächtnisses u. a. deutlich unterscheiden kann. Erst dann kommen die Störungen der spontanen Sprache in Betracht. Dabei ist sowohl die articulirte Sprache zu beachten, als auch die eigenartigen Laute, welche von Geisteskranken nicht nur als Affectäusserung oft hervorgestossen werden.

Im Bereich der inneren Sprache sind neben den bekannten Arten der sensorischen Sprachstörung im Gebiet der Geistesstörungen vor allem folgende Erscheinungen zu beachten:

1. Die Wiederholung von bestimmten Worten oder Sätzen an unpassender Stelle. Dabei kann es sich entweder um Wiederholung von Bestandtheilen der Frage handeln oder um Perseveration von Bestandtheilen einer an sich an ihrer Stelle richtigen Antwort. Diese Iterativerscheinungen spielen besonders bei Katatonischen eine grosse Rolle, kommen jedoch auch in Zuständen von epileptischer und paralytischer Verwirrtheit zur Beobachtung. Dabei ist zu erwägen, ob die oft wiederholten Redewendungen miteinander im Sinne eines bestimmten Affectes oder einer fixirten Idee zusammenstimmen. Die klinische Bedeutung des Symptoms ist eine wechselnde je nach der Art der begleitenden Erscheinungen. Sprachliche Iterativerscheinungen bei starker Verwirrtheit oder starkem Affect sind viel weniger bedenklich, als wenn dieselben bei völliger Besonnenheit wie eine Art von Zwangshandlung im sprachlichen Gebiet auftreten.

2. Die Verlangsamung der sprachlichen Reaction bei richtigem Inhalt der Antwort. Es lassen sich schon mit der einfachen Secundenuhr diagnostisch werthvolle Feststellungen in dieser Richtung machen. Oft wird bei sprachlicher Hemmung der Fehlschluss auf Mangel an Vorstellungen gemacht, während diese richtig gebildet werden. Manchmal ist ein völ-

liges Fehlen der sprachlichen Reaction vorhanden. Zu beachten ist, ob diese Hemmung bei allen Fragen oder nur bei einer bestimmten Gruppe derselben auftritt.*

3. Die rasche Aufeinanderfolge von vielen Worten, welche mit der gestellten Frage in lockerem Zusammenhang stehen. Die Analyse dieser Erscheinung führt in das Gebiet der Lehre von den Associationen, deren genauere Prüfung durch diese sprachliche Erscheinung im einzelnen Falle veranlasst werden muss (Ideenflucht).

4. Aenderungen des grammatikalischen Zusammenhanges. Es kann z. B. Auslassung der Bindeworte vorliegen, so dass die Worte ohne grammatikalischen Zusammenhang neben einander stehen. Diese Erscheinung ist mit der unter 3 genannten oft bei maniakalischen Zuständen vorhanden. Oder die grammatikalische Stellung kann in seltsamer und manierirter Weise verändert sein, wie das besonders bei Katatonischen vorkommt.

5. Fehlen von einzelnen Worten oder Wortbestandtheilen bei im übrigen richtigem Satzbau. Diese Erscheinung findet sich öfter bei Paralytischen.

Die Beobachtung dieser sprachlichen Erscheinungen geht zum Theil in eine Prüfung der Vorstellungen unmittelbar über.

Bewusstsein, Selbstbewusstsein und Orientirtheit.

Bei der genaueren Untersuchung der psychischen Zustände empfiehlt es sich, von den einfachsten Formen menschlicher Geistesthätigkeit auszugehen, die mit dem Wort Selbstbewusstsein zusammengefasst werden. Dabei müssen die Grundsätze festgehalten werden, welche in den einleitenden Betrachtungen über die Beziehungen der Psychiatrie zur Psychologie und Naturwissenschaft für die Prüfung der psychischen Functionen aufgestellt worden sind.

Für die praktische Untersuchung kann man zwei Wege wählen. Entweder bezweckt man, durch eine möglichst eingehende Prüfung den Grad des Selbstbewusstseins und der Orientirtheit nach allen Richtungen hin ins Klare zu stellen, oder man beschränkt sich auf eine verhältnissmässig kleine Anzahl von Fragen und sucht durch die Vergleichbarkeit der Resultate das zu ersetzen, was an dem Umfang der Untersuchung scheinbar fehlt. Thatsächlich bietet die letztere Methode, wenn sie streng analytisch gehandhabt wird, einen viel rascheren Einblick als die umfangreichste Zusammenstellung.

Ich habe nun auf Grund mehrfacher Versuche eine Anzahl von Fragen nach dem Princip des einheitlichen Reizes zusammengestellt, die zwar zunächst nur den Fall der Aufnahme in eine Krankenanstalt in das Auge fassen, sich jedoch von dem praktischen Arzte leicht in einer für seine Zwecke geeigneten Weise modificiren lassen. Das Wesentliche ist die Vergleichbarkeit der Antworten.

Fragen betreffend Orientirtheit.

Name: ... Datum der Untersuchung: ... Tageszeit: ...

1. Wie heissen Sie?
2. Was sind Sie?
3. Wie alt sind Sie?
4. Wo sind Sie zu Hause?
5. Welches Jahr haben wir jetzt?
6. Welchen Monat haben wir jetzt?
7. Welches Datum haben wir?
8. Welchen Wochentag haben wir heute?
9. Wie lange sind Sie hier?
10. In welcher Stadt sind Sie?
11. In was für einem Hause sind Sie?
12. Wer hat Sie hierher gebracht?
13. Wer sind die Leute Ihrer Umgebung?
14. Wo waren Sie vor 8 Tagen?
15. Wo waren Sie vor einem Monat?
16. Wo waren Sie vorige Weihnachten?

* Genaueres vergl. Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden, pag. 265—268.

Durch Vergleichung der zu verschiedenen Zeiten erhaltenen Reactionen auf die gleichen Reize lässt sich der Ablauf der Krankheit in einfachster Weise herausstellen.

Gedächtniss.

Wir verstehen unter Gedächtniss die Fähigkeit, Eindrücke oder psychische Vorgänge, die früher in uns vorhanden waren, wieder vorzustellen, zu erinnern. Die Art, wie die Erinnerung früherer Vorgänge sich einstellt, ist eine verschiedene. Entweder kann im associativen Ablauf von Vorstellungen gelegentlich die Reproduction früherer psychischer Vorgänge stattfinden, oder es kann durch einen äusseren Reiz veranlasst eine Erinnerung an ein früheres psychisches Erlebniss auftauchen. Eine bestimmte Art solcher äusserer Reize sind Fragen, die sich auf früher erworbene Wissenselemente oder auf die Lebensereignisse eines Menschen beziehen.

In diesem Fall kann nun die Erinnerung entweder als fertig vorgebildetes Wissen erscheinen, oder es bedarf eines Nachdenkens, das man sehr zutreffend als Besinnung bezeichnen kann, um das der Frage adäquate Wissenselement wachzurufen. Das Gleiche kann gelegentlich auch im Denkzusammenhang veranlasst sein, wenn wir bei uns auf einen Mangel an Gedächtniss stossen und uns mit Anstrengung an etwas zu erinnern suchen. Hierbei geräth man gelegentlich in den gleichen Zustand von activem Suchen nach dem Gedächtnisselement, wie er in uns durch Fragen ausgelöst werden kann. Es zeigt sich also, dass die oben gemachte Unterscheidung, ob eine Erinnerung in uns gelegentlich im Ablauf von Vorstellungen auftaucht, oder durch eine Frage veranlasst wird, nicht den psychologischen Kernpunkt trifft. Wir kommen vielmehr auf einen Grundunterschied in der Art der Reproduction, je nachdem diese im freien Ablauf von Vorstellungen oder als Resultat eines activen Nachdenkens auftritt.

Diese Unterscheidung ist besonders für klinische Zwecke erforderlich, z. B. ist bei Paralytischen die Fähigkeit, Erinnerungsbilder aus dem eigenen Leben gelegentlich zu reproduciren, oft noch eine überraschend grosse, während die Fähigkeit der besonnenen Reproduction, wie wir die andere Art der Erinnerung nennen wollen, schon sehr gestört ist. Oft gelingt diese active Reproduction auf eine Frage nicht, während die gelegentliche auf associativem Wege mühelos zum Ziele führt. Manchmal scheint sogar das willkürliche Nachdenken das associative Auftauchen der Erinnerung zu hemmen. Andererseits kann man in der Genesung von Verwirrtheitszuständen beobachten, dass die gelegentliche Reproduction von Erinnerungsbildern aus der Krankheitsperiode ganz fehlt, während es dem activen Nachdenken der Betreffenden gelingt, Spuren der früheren psychischen Vorgänge sich in Erinnerung zu rufen.

Wir müssen hier die Momente, welche bei der Erinnerung in Betracht kommen, genau auseinanderhalten. Die Voraussetzung dazu besteht darin, dass von den früheren Vorgängen überhaupt irgend welche Spuren in dem psychophysischen Organismus des Gehirnes zurückbleiben. Wie man sich diese denkt, ob man sie als materielle Aenderungen der Gehirnsubstanz auffasst, oder als „unbewusste" Gedanken, ist Sache der mehr materialistischen oder mehr spiritualistischen Theorie. Für die klinische Erfahrung genügt die Thatsache, dass sie vorhanden sind, und die Annahme, dass die Gehirnbeschaffenheit, welche dem psychischen Eindruck

entspricht, bei der Reproduction in irgend einer Weise wieder in Kraft treten muss.

Diese Voraussetzung der Reproduction scheint bei einer Reihe von organischen Hirnkrankheiten, besonders bei Herdkrankheiten und Hirnparalyse in späterem Stadium verloren zu sein. Hier handelt es sich um einen organischen Defect der materiellen Voraussetzungen zur Reproduction. Auch bei der Amnesie der Epileptiker scheint es sich um ein solches Verlöschen der Spuren von Vorstellungen zu handeln. Dabei ist bemerkenswerth, dass die Conservirung dieser Spuren im Gehirn durchaus nicht etwa von der Lebhaftigkeit der Vorstellungen abhängt. Es kommen in epileptischen Dämmerzuständen sehr lebhafte Vorstellungen vor, für welche später völlige Amnesie herrscht. Immerhin kann man annehmen, dass in diesen Fällen die Spuren des Processes verschwinden.

Andererseits kann die organische Bedingung des Gedächtnisses erhalten sein, während doch eine Erinnerung nicht stattfindet, selbst wenn sie normaler Weise durch Association oder durch actives Nachdenken ausgelöst werden müsste. Diese Erscheinung ist in ausgesprochener Weise bei hypnotischen Zuständen gegeben. Nach dem Erwachen daraus werden öfter Vorstellungen und Eindrücke nicht reproducirt, während in einem neuen hypnotischen Stadium dieselben zur Erinnerung kommen. Danach erscheint die Fähigkeit der Erinnerung als eine psychophysische Leistung, welche zu der blossen organischen Voraussetzung der Reproduction hinzutreten muss.

Diese Beobachtung könnte leicht zu der Auffassung führen, als ob das Gedächtniss ein gesondertes Vermögen sei, welches die erhaltenen Spuren der geistigen Vorgänge wachruft. Jedoch hat in diesem Punkte die naturwissenschaftliche Beobachtung die Voraussetzungen der speculativen Psychologie corrigirt. Bei der Prüfung des Gedächtnisses ist vor allem zu beachten, auf welche Gruppe von Vorstellungen sich dieselbe bezieht. Die Annahme eines Gedächtnissvermögens, welches gleichmässig in Bezug auf alle Theile des Vorstellungslebens wirksam wäre, hat sich als unhaltbar erwiesen. Die einzelnen Individuen unterscheiden sich durch die verschiedene Stärke des Gedächtnisses in Bezug auf verschiedene Vorstellungsgruppen, und dementsprechend ist im psychischen Leben des Individuums die Stärke des Gedächtnisses z. B. in Bezug auf die verschiedenen Sinnesgebiete eine ganz verschiedene. Die Thatsache des partiellen Gedächtnisses muss als Fundament aller klinischen Prüfung festgehalten werden. Es handelt sich darum, nachzuweisen, ob die Gedächtnissleistungen in Bezug auf die verschiedenen wesentlichen Gruppen von Vorstellungen die gleichen sind. Wir heben aus der grossen Zahl von Partialgedächtnissen für klinische Zwecke nur folgende hervor:

1. Im akustischen Gebiet das Wortgedächtniss. Es können die Namen von Gegenständen, deren Beschaffenheit und Bedeutung richtig gedacht wird, verloren gehen. Dies geschieht oft bei Herdkrankheiten des Gehirnes, speciell Zerstörungen im hinteren oberen Theil des linken Temporallappens und vom Gyrus supramarginalis nach hinten. Entweder ist dabei die Fähigkeit, zu Gesichtseindrücken die adäquaten Worte zu finden, verloren, oder die Störung tritt nur im Ablauf der Rede auf. Auch kann die Fähigkeit, Töne und Melodien zu reproduciren, verloren gegangen sein.

2. Störung des optischen Gedächtnisses. Schon im Rahmen des Normalen ist die Fähigkeit, optische Eindrücke, besonders Farben zu re-

produciren, eine graduell ausserordentlich verschiedene. Für die Individualpsychologie liegt hierin ein wesentlicher Factor. In pathologischen Fällen, besonders bei Erkrankungen des linken Hinterhauptlappens, kann ein völliger Verlust von optischen Erinnerungsbildern vorhanden sein.

3. Störungen des Gedächtnisses für Formen-, Raum- und Lageverhältnisse. Dies ist z. B. bei der Art der Lese- und Schreibstörungen der Fall, welche auf Mangel an Erinnerungsbildern für die Druck- und Lesezeichen beruht. Diese Störung wird hauptsächlich bei Zerstörung in der Gegend des linken Gyrus angularis beobachtet, kann jedoch auch in epileptischen Zuständen als partielles Ausschaltungssymptom auftreten. Ferner ist praktisch der Mangel an räumlicher Orientirung sehr wichtig, welcher auf Verlust von Erinnerungsbildern beruht. Diese Erscheinung kommt nun nicht nur bei Herdkrankheiten des Gehirnes, sondern auch als Theilerscheinung von Verwirrtheitszuständen, z. B. bei Paralytischen, vor.

Ebenso wie im Gebiet der Herdkrankheiten des Gehirns muss im Gebiet der Geisteskrankheiten im engeren Sinne versucht werden, die im einzelnen Fall zerstörten Partial-Gedächtnisse zu bezeichnen und wenn möglich die Organe des Gehirnes zu bestimmen, deren Störung die materielle Voraussetzung zu diesen Ausfallserscheinungen bildet.

Neben der Beziehung auf die verschiedenen Gruppen von Vorstellungen sind die zeitlichen Verhältnisse der Gedächtnisselemente zu beachten. Die Fähigkeit, sich an längst Vergangenes oder kürzlich Erlebtes zu erinnern, ist auseinanderzuhalten. Im allgemeinen blassen Erinnerungen allmählich ab und machen dem neu aufgenommenen Vorstellungsmaterial Platz. Oft zeigen sich jedoch alte Eindrücke lebendig, während neue vergessen werden. Dies tritt besonders bei senilen Gedächtnissstörungen sehr hervor. Um diese Erscheinungen zu erklären, muss man die Art der Aufnahme untersuchen. Das Moment des Aufgreifens der äusseren Eindrücke, die Erwerbung des Gedächtnissmaterials, ist vermuthlich von grösster Wichtigkeit für die Erklärung einer Reihe von Erscheinungen in der Pathologie des Gedächtnisses.

Schulkenntnisse.

Einen praktisch wichtigen Theil des Gedächtnissmateriales bilden die Schulkenntnisse. Die Summe dieser wird natürlich bei verschiedenen Individuen je nach ihrem Bildungsgange und ihrer persönlichen Beanlagung eine sehr verschiedene sein. Man muss daher bei solchen Prüfungen das Niveau der Lebensverhältnisse und Begabung im Auge haben. Auch kann es vorkommen, das geistig normal beanlagte Individuen überhaupt keine Schulbildung bekommen haben. Die Zahl dieser ist bei den einzelnen Völkern entsprechend ihren Staatseinrichtungen eine verschiedene.

Trotz dieser die Beurtheilung gelegentlich erschwerenden Momente ist die Untersuchung der Schulkenntnisse in vielen Fällen von diagnostischer Bedeutung. Vor allem gilt dies für den Nachweis des angeborenen oder in den ersten Lebensjahren erworbenen Schwachsinns. Bei diesem sind die Schulkenntnisse mehr oder weniger mangelhaft, während die später nach erworbener Bildung ausbrechenden Zustände von Schwachsinn, falls sie nicht paralytischer oder epileptischer Natur sind, die Schulkenntnisse fast immer in auffallender Weise ungestört lassen.

Bei der Untersuchung kann man zwei verschiedene Methoden wählen. Entweder man sucht das Gesammtinventar des in der Schule erworbenen Wissens aufzustellen, oder man beschränkt sich auf eine verhältnissmässig kleine Anzahl von Fragen, die in vergleichender Weise auf alle vorkommenden Krankheitsfälle angewendet werden.

Erstere Methode ist deshalb schwer anzuwenden, weil es kaum möglich ist, im einzelnen Falle auch nur annähernd zu wissen, welche Wissenselemente von dem Untersuchten ursprünglich erworben worden sind. Die verloren gegangenen Theile lassen sich also kaum feststellen. Auch ist diese Art der Untersuchung sehr zeitraubend und schon deshalb von dem praktischen Arzt, der oft in die Lage kommt, rasch die wesentlichen Symptome feststellen zu müssen, nicht anwendbar.

Die andere Methode gibt zwar kein vollständiges Bild von dem Gesammtmaterial an Schulkenntnissen, gewährt aber den grossen Vortheil der Vergleichbarkeit der Resultate und erlaubt ein bestimmtes Urtheil darüber, wie sich das zu untersuchende Individuum in Bezug auf eine bestimmte Summe von Anforderungen im Vergleich zu anderen Personen verhält. Praktisch kommt es darauf an, eine solche Auswahl aus der grossen Summe von Möglichkeiten zu treffen, dass die wesentlichen Gebiete der Schulkenntnisse durch einige Fragen getroffen werden.

In Bezug auf die einzelnen Krankheitsformen lassen sich folgende Sätze festhalten:

1. Der Nachweis erheblicher Lücken in den Schulkenntnissen ist für die Diagnose des angeborenen Schwachsinnes von Bedeutung.

2. Ausgenommen sind die Fälle, bei denen aus äusseren Gründen Schulbildung fehlt. Jedoch wird in solchen Fällen der relativ hohe Grad von Kenntnissen, die ausserhalb der Schule erworben werden können, z. B. geographischer Art, den Schluss erlauben, dass angeborener Schwachsinn nicht vorliegt.

Bei progressiver Paralyse zeigen häufig schon im früheren Stadium die Schulkenntnisse, besonders die gedächtnissmässigen Reihen erhebliche Lücken.

3. Im Gegensatz hierzu bleiben dieselben bei den nicht paralytischen Zuständen von Schwachsinn, welche nach erworbener Schulbildung ausbrechen, z. B. bei Dementia paranoides, Katatonie, auffallend erhalten.

Neben dem wirklichen Mangel an Schulkenntnissen kommen Fälle vor, in denen dieser nur vorgetäuscht wird. Dies ist vor allem bei melancholischen Zuständen der Fall, indem die Antworten durch die ängstliche Erregung verhindert werden, ferner bei sprachlicher Hemmung, mag diese als Theil einer melancholischen Erkrankung oder als Symptom von Katatonie auftreten. Bei letzterer wird ferner Mangel an Schulkenntnissen manchmal durch Paralogie (absichtliches Danebenreden) vorgetäuscht. Etwas Aehnliches kann bei Simulation vorkommen; die Prüfung der Schulkenntnisse ist daher manchmal besonders bei Begutachtung von Unfallsverletzungen ein gutes Mittel, um Simulation nachzuweisen. Ferner kann Mangel von Schulkenntnissen bei Maniakalischen vorgetäuscht werden, indem das in der Frage liegende Element associativ weitergebildet wird, so dass scheinbar eine der Frage nicht entsprechende Antwort zustande kommt.

Abgesehen von den Resultaten, welche die Frage nach dem Vorhandensein und dem Grade der Schulkenntnisse betreffen, bietet die Analyse der Antworten häufig einen Einblick in den sonstigen geistigen Zustand

eines Kranken. Oft treten Reactionen auf, die mit Wahnvorstellungen zusammenhängen oder die Grundeigenthümlichkeiten eines Zustandes geistiger Schwäche in Form von vergleichbaren Reactionen deutlich darstellen.

Voraussetzung zur Verwerthung der Resultate ist, dass die gesammten Reactionen der Kranken mit allen Nebenerscheinungen im sprachlichen, physiognomischen und gesticulatorischen Gebiet genau verzeichnet werden.

Rechenvermögen.

Während sich in der Sprache der einheitliche Begriff eines „Rechenvermögens" ausgeprägt hat, führt die klinische Analyse immer mehr zu der Anschauung, dass bei dieser Leistung sehr verschiedene geistige Fähigkeiten in Betracht kommen. Zunächst ist die Art, wie die Rechenfähigkeit erlangt wird, von Wichtigkeit. Das Product der elementaren Rechenübungen wird zum Theil als Bestandtheil des Wortgedächtnisses bewahrt. Vor allem ist dies oft bei Multiplicationen der Fall, deren Reihe dann rein gedächtnissmässig reproducirt wird, ohne dass jedesmal ein Rechenact vollzogen wird. Auch bei Additionen spielt das Merken von Wortreihen, die in der Schule auswendig gelernt sind, eine grosse Rolle.

Mit diesem einfachen Reproduciren von gedächtnissmässigen Reihen ist das Rechnen im eigentlichen Sinne mehr oder weniger verbunden. Auch nach Ausschaltung des blossen Gedächtnissmoments erscheint dieses nicht als einheitliches Vermögen. Die vier Species sind weder psychologisch, noch klinisch gleichwerthige Componenten.

Auf Grund von diesen Ueberlegungen entstand nach vielen Versuchen folgendes

Rechenschema.

Name:				Nr.:			
Datum:				Kopfrechnen:			
Tageszeit:				Schriftliches Rechnen:			
Aufgabe	**Antwort**	**Zeit**	**Bemerkungen**	**Aufgabe**	**Antwort**	**Zeit**	**Bemerkungen**
I.				III.			
$1 \times 3 = ?$				$3 - 1 = ?$			
2×4				$8 - 3$			
3×5				$13 - 5$			
4×6				$18 - 7$			
5×7				$29 - 10$			
6×8				$40 - 13$			
7×9				$51 - 16$			
8×10				$62 - 19$			
9×11				$73 - 22$			
12×13				$84 - 25$			
II.				IV.			
$2 + 2 = ?$				$2 : 1 = ?$			
$3 + 4$				$8 : 2$			
$4 + 6$				$18 : 3$			
$5 + 8$				$32 : 4$			
$8 + 14$				$50 : 5$			
$11 + 20$				$18 : 6$			
$14 + 26$				$35 : 7$			
$17 + 32$				$56 : 8$			
$20 + 38$				$81 : 9$			
$23 + 44$				$110 : 10$			

Dabei wurden noch zur Feststellung höherer Schulbildung im einzelnen Falle folgende Aufgaben aus dem Gebiet der Gleichungen hinzugefügt:

$$(x - 3 = 14),\ x = ?$$
$$(x + 5 = 11),\ x = ?$$
$$(x \times 7 = 63),\ x = ?$$
$$(x : 9 = 5),\ x = ?$$

Der wesentliche Nutzen des für alle Fälle festgehaltenen Schemas liegt in der Vergleichbarkeit der Resultate. Es kommt bei der Analyse nicht nur auf das Procentverhältniss zwischen richtigen und falschen Antworten an, sondern auf die Vertheilung der richtigen Antworten innerhalb der einzelnen Species. Ferner springt bei der Zusammenfassung vieler Untersuchungsbögen bald in das Auge, dass in den falschen Antworten bestimmte Arten von Fehlern wiederkehren. Vergleicht man die Gruppirung der Fehler mit der Art der Erkrankung, so stellt sich heraus, dass verschiedene Arten von Fehlern bei bestimmten Krankheitsgruppen relativ überwiegen, so dass das häufige Auftreten einer bestimmten Art von Fehlern pathognomonisch für eine bestimmte Krankheit werden kann.

Ich hebe zunächst folgende Erscheinungen hervor:

1. Ueberwiegen der Leistung in einer Species. Z. B. können Paralytische gelegentlich noch Multiplicationsaufgaben sehr gut ausführen, während ihre Fähigkeit in den anderen Species sehr gestört ist. Der Grund liegt darin, dass bei den Multiplicationen das Wortgedächtniss eine wesentliche Rolle spielt. Ebenso kann bei Idiotischen, welche Schulbildung genossen haben, das Wortgedächtniss für Multiplicationsreihen vorhanden sein, während sie die anderen Species sehr schlecht beherrschen.

2. Es treten falsche Resultate hervor, die einen Mangel an Aufmerksamkeit andeuten, z. B. Verrechnen um wenige Einheiten bei den Additionen, Verwechslung der Species bei mündlicher Stellung der Frage u. a. Diese Erscheinungen kommen schon im Gebiet des Normalpsychologischen vor.

3. Es zeigt sich in den Antworten ein stereotypes Festhalten von Elementen der Frage oder von vorhergehenden Lösungen. Diese Erscheinung ist sehr häufig bei Katatonischen, tritt aber auch bei epileptischer und paralytischer Demenz zu Tage.

4. Es kommen Fehler vor, die zu der gestellten Aufgabe gar keine rechnerische Beziehung haben. Die Kranken produciren die erste beste ihnen einfallende Zahl. Diese Erscheinung ist bei angeboren Schwachsinnigen sehr häufig, während die durch eine nicht paralytische Geisteskrankheit schwachsinnig Gewordenen meist gute Rechenleistungen aufweisen. Wichtig ist die Thatsache, dass die Rechenleistungen bei Simulation von Geisteskrankheit die gleiche Art des Fehlers infolge willkürlichen Danebenredens aufweisen, während sich angeborener Schwachsinn meist ausschliessen lässt. Verwechslungen könnten dann nur mit Katatonie vorkommen, wobei sich ebenfalls Rechenfehler häufig als Paralogie (bewusstes Danebenreden) erklären.

Neben der Zahl und Art der Fehler ist das völlige Fehlen von Reactionen zu beachten. Dieses kommt bei Hemmungszuständen ohne wirkliche Störung des Rechenvermögens vor. Hierbei wird die Beachtung

der physiognomischen Nebenerscheinungen und der Muskelspannungen meist auf die Art der Störung leiten.

Manchmal wird die Hemmung durch einzelne Reactionen unterbrochen, die dann durch ihre Richtigkeit beweisen, dass eine Störung der Rechenfunction nicht vorliegt. Ausser dem Fehlen der Reaction kommen die Störungen der Reactionszeit in Betracht.

Untersuchung der Schrift.

Eine praktisch sehr beachtenswerthe Form motorischer Aeusserung bildet die Schrift. In vielen Fällen wird die Untersuchung der schriftlichen Erzeugnisse eines Kranken entweder eine wichtige Ergänzung seiner sprachlichen Aeusserungen bilden oder sogar eher als diese geeignet sein, diagnostische Klarheit zu schaffen.

Es ist daher nöthig, hier die allgemeinen Gesichtspunkte zu entwickeln, von welchen aus diese graphischen Phänomene betrachtet und analysirt werden können.

Zunächst ist die Form der einzelnen Buchstaben zu untersuchen. Die Ausdehnung derselben nach Höhe und Breite, die Lage zur Verticalen, das Verhältniss des über und unter dem Niveau der Schrift liegenden Bestandtheils, die relative Stärke des aufsteigenden und absteigenden Striches, die Gleichheit oder Verschiedenheit wiederkehrender Zeichen, die Ausstattung derselben mit Zuthaten und Schnörkeln, ihre Verbindung mit den nächstfolgenden Buchstaben sind Momente, die mehr in das allgemein graphologische Gebiet gehören. Jedoch kommen schon in Bezug auf diese Punkte pathologische Erscheinungen vor.

Ganz eigenthümliche Formveränderungen zeigen öfter die Schriftzüge bei Katatonischen. Sie weisen sonderbare Schnörkel auf, oder die Grösse der Buchstaben wechselt auffallend, indem z. B. in einer Zeile sehr gross, in der nächsten klein, in der dritten wieder gross geschrieben wird. Ferner sind die gröberen Störungen der Schriftzüge zu bemerken, die sich in Form von Zittererscheinungen oder ataktischen Ungenauigkeiten derselben darstellen. Solche elementare Aenderungen der normalen Form finden sich häufig bei Paralytischen, ferner bei seniler Demenz. Grosses Interesse bietet in dieser Hinsicht die Untersuchung der Schrift bei Alkoholpsychosen. Man kann den Ablauf des Processes in Bezug auf den motorischen Theil des Syndroms, wenn man z. B. nur den Namen an einer Reihe von Tagen schreiben lässt, sehr gut erkennen.

Sodann ist die Zusammensetzung der Buchstaben zu Worten zu untersuchen. Hierbei muss man mit dem weitverbreiteten Moment der unorthographischen Schreibweise rechnen. Manchmal wird bei der Beurtheilung das allgemeine Bildungsniveau des Kranken den Ausschlag geben. Auffallend wird es erscheinen, wenn die Laute, beziehungsweise Buchstaben in falsche Reihenfolge gebracht werden oder an falscher Stelle wiederkehren. Auch für diesen Fall bieten die Briefe von Paralytischen oft Beispiele; dabei ist auf das Verhältniss der einzelnen Lautgruppen, die als Silben zusammengehören, zu achten. Manchmal sind die Silben als Ganzes verstellt. Ferner finden sich in dem einzelnen Wort oft ungehörige Laut- oder Silbenbestandtheile.

Hat man die Beschaffenheit der einzelnen Buchstaben und Buchstabencombinationen geprüft, so fragt es sich, in welcher Weise die

Worte zu Sätzen vereinigt sind. Auch hier muss man das Moment der geringen Schulbildung sehr im Auge halten, wenn man nicht gelegentlichen Fehldiagnosen auf Schwachsinn ausgesetzt sein will. Manchmal kehren die einzelnen Worte, die an sich richtig geschrieben sein können, häufig wieder. Oder es folgen einem richtigen Wort eine Reihe von anderen, die seltsame Umformungen und Lautverdrehungen des ersteren darstellen. Manchmal ist ein richtiges Grundwort, von dem die folgenden abgeleitet wären, gar nicht ersichtlich. Die zuletzt beschriebenen Erscheinungen treten in Schriftproben von Katatonischen oft vereinigt hervor. Dabei haben die Worte öfter mit den unmittelbar folgenden keinen Zusammenhang, so dass ein solcher Brief als Composition von wenigen vielfach wiederholten Wortelementen, die an sich richtig gestaltet sind, erscheint.

Dies führt weiter zu den Störungen des grammatikalischen Zusammenhanges. Dieser kann in erheblicher Weise gestört oder ganz aufgehoben sein, z. B. bei den rein associativ weitergebildeten Wortreihen Maniakalischer, die ohne Satzbau oder mit lockeren Flickworten von einer Vorstellung zur anderen übergehen. Oefter kann man bemerken, dass die einzelnen hervorgebrachten Worte sich logisch in einen Satz bringen lassen, so dass es sich nur um eine Weglassung der grammatikalischen Form bei einem gegebenen Denkzusammenhange handelt. Es kommen jedoch auch Störungen vor, bei denen die producirten Worte gar keinen begrifflichen Zusammenhang mehr zu haben scheinen, so dass sie als Aneinanderreihung von ganz verschiedenartigen Worten auftreten.

Hier handelt es sich um Störungen, welche kaum noch als graphische zu bezeichnen sind, da sie ebenso gut aus den gesprochenen Worten erkannt werden können. Immerhin sind auch in dieser Beziehung schriftliche Producte des Kranken oft sehr werthvoll, da die genaue Feststellung von gesprochenen Worten dieser Art gerade wegen der Zusammenhangslosigkeit selbst mit Stenographie kaum möglich oder die Niederschrift mit starken Fehlern behaftet ist, während phonographische Aufnahmen sich nur mit grösseren technischen Mitteln machen lassen.

Sehr wichtig ist die Erfahrung, dass Theile eines Briefes ganz normal sein können, während an anderen völlig pathologische Momente hervortreten. Es gilt das besonders für die Schriftstücke Paranoischer, Katatonischer und Schwachsinniger. Bei ersteren handelt es sich vor allem um die Aussprache von Wahnideen, die oft bei dem Versuch mündlicher Unterhaltung sorgfältig versteckt werden, während sie in heimlich geschriebenen Briefen ganz klar hervortreten.

Bei Katatonischen ist es der auffallende Wechsel von inhaltlich normalen Sätzen mit ganz seltsamen Vorstellungen oder Wortbildungen, der den klinischen Charakter des Schriftstückes darstellt.

In den Briefen der Schwachsinnigen tritt die relative Fähigkeit in den elementaren Gebieten des geistigen Lebens neben grosser Urtheilslosigkeit und Mangel an Begriffen oft deutlich hervor.

Es sind dies nur wenige Beispiele für die Fülle von speciellen klinischen Ueberlegungen, die sich bei der Analyse der schriftlichen Producte nach ihrer inhaltlichen Seite ergeben.

Neben den Worten müssen auch die Interpunctionen beachtet werden. Jedoch hat dieser Punkt mehr für die graphologische Betrachtung

Normaler Bedeutung, als für die Psychopathologie. Immerhin können einige Züge, z. B. Verdopplung oder Vervielfachung der Interpunction, decorative Ausgestaltung der einzelnen Zeichen, völliges Fehlen der Interpunction als Momente genannt werden, die bei einigen Gruppen von Geistesstörung, besonders bei manischen Erregungen öfter vorkommen. Selbstverständlich kann aus einer solchen Erscheinung, wie sie als Eigenthümlichkeit mancher Menschen beobachtet wird, bei Abwesenheit anderer Symptome ein Schluss auf pathologische Beschaffenheit nicht gemacht werden.

Abgesehen von den Störungen der Schrift und des Wortzusammenhanges in den Briefen Geisteskranker tritt in seltenen Fällen eine eigenartige Zeichensprache hervor, die entweder in den grammatikalischen Zusammenhang der normalen Worte verwebt ist oder als systematisches Gebilde neben dem Gefüge der normalen Sprache erscheint. Allerdings ist die Zahl der Fälle gering. Es handelt sich dabei wohl ausschliesslich um die eigenthümliche Form von Schwachsinn, die sich nach paranoischen Processen entwickelt.

Sehr wichtig sind ferner die zeitlichen Verhältnisse der Schreibthätigkeit, die man mit der Secundenuhr meist gut verfolgen kann. Bei Hemmungszuständen kommt es vor, dass richtige Schriftzüge vorhanden sind, deren Hervorbringung jedoch ausserordentliche Zeit beansprucht.

Von grösster Wichtigkeit ist es, die einzelnen genannten Punkte nicht nur gesondert zu betrachten, sondern die in den einzelnen Richtungen erhaltenen Resultate zu vergleichen; z. B. deuten völlig ruhige und formal richtige Schriftzüge, die keine Spur maniakalischer Erregung tragen, bei grosser Verwirrtheit des Inhalts auf abgelaufene und in Schwachsinn übergegangene Krankheitsprocesse oder bei Vorhandensein von Wahnbildung auf Paranoia. Ferner erwecken manierirte Schriftzüge mit Wiederholung bestimmter Worte oder Sätze selbst bei im übrigen normalem Inhalt Verdacht auf katatonische Zustände. Grosse, im übrigen normale Schriftzüge mit Auslassung von Worten, Mangel an grammatikalischem Zusammenhang und Mangel an Interpunction sind oft Ausdruck maniakalischer Erregung. Im Hinblick auf diese wenigen Beispiele erscheint es als eine Aufgabe der speciellen Diagnostik, aus der Zusammenfassung der in der Schrift hervortretenden Symptome Schlüsse auf die Natur des vorhandenen Krankheitszustandes zu machen, falls die anderen Untersuchungsmethoden nicht schon Klarheit in die diagnostische Sachlage gebracht haben.

Sinnestäuschungen und Wahnideen.

Die Untersuchung von Sinnestäuschungen und Wahnideen ist in diagnostischer Hinsicht so eng verbunden, dass diese beiden Symptome hier zusammen behandelt werden müssen. Wir schicken nur wenige psychologische Bemerkungen voraus.

Es ist auszugehen von dem Thatbestand der normalen Wahrnehmung. Man thut vom psychophysiologischen und vom praktischen Standpunkt aus gut, zu untersuchen,

1. ob den Wahrnehmungen bestimmte Reize im sensiblen Leitungsapparat zu Grunde liegen, und zwar entweder

a) äussere, d. h. durch bestimmte äussere Objecte ausgelöste oder

b) innere, wobei einerseits selbständige Erkrankungen der Nervensubstanz, z. B. toxischer Natur, oder schädigende Einflüsse der Umgebung innerhalb des Körpers (Tumoren etc.) in Betracht kommen;

2. ob diese Reize in der bei Normalen die Regel bildenden Weise in Wahrnehmungen umgesetzt werden. Es handelt sich hier um die Erkennung der subjectiven Zuthaten, welche zu den von aussen veranlassten oder im Körper entstandenen Reizen oder vielmehr zu den diesen entsprechenden Sensationen gemacht werden.

Die unter 1 angestellte Betrachtung ist besonders für die Analyse von Sinnestäuschungen wichtig, welche bei Intoxicationskrankheiten auftreten, da hier toxische Reize der sensiblen Bahnen eine grosse Rolle spielen. Die meiste Aehnlichkeit mit den Trugwahrnehmungen, welche durch Reizung der sensiblen Leitungsbahnen veranlasst werden, haben diejenigen, welche durch Reizung der sensiblen Endapparate im Gehirn zustande kommen. Diese decken sich ungefähr mit dem, was man im strengeren Sinn Hallucination genannt hat. Hierher gehören wahrscheinlich die elementaren Sinnestäuschungen der Epileptiker, z. B. Wahrnehmung von Funken, Glockenläuten etc., wobei es sich offenbar um central bedingte Sensationen ohne gedankliche oder associative Auslösung handelt. Auch die Delirien bei manchen Intoxicationen und Infectionskrankheiten scheinen in diese Gruppe zu gehören. Sie zeigen den Typus einer bunten Reihe unzusammenhängender Wahrnehmungen elementarer Art. Es handelt sich dabei im allgemeinen um prognostisch günstige Verwirrtheitszustände.

In einem Gegensatz hierzu stehen die Sinnestäuschungen, bei denen ein gedanklicher Zusammenhang unverkennbar ist, indem sich die Trugwahrnehmung in eine Gedankenkette eingliedert. Diese Art der Sinnestäuschung, welche im übrigen mit Besonnenheit verbunden sein kann, hat eine wesentlich andere Bedeutung als die elementaren Sinnestäuschungen bei begleitender Verwirrtheit. Im Gegensatz hierzu ist jene fast immer prognostisch ungünstig und gehört klinisch in das Gebiet der paranoischen Processe. Trugwahrnehmungen sind also im allgemeinen prognostisch um so bedenklicher, je besonnener der Kranke dabei ist. Ausgenommen hiervon sind die Fälle, in denen die Vorstellungsbildung durch einen bestimmten Affect, z. B. in melancholischer Richtung, stark beeinflusst wird, ferner die durch toxische Substanzen ausgelösten Sinnestäuschungen, die gelegentlich ohne starke Störung des Sensoriums auftreten können.

Hier sind wir an dem Punkt, an den sich eine Untersuchung auf Wahnvorstellungen anschliessen muss. Wir verstehen hierunter im allgemeinen Vorstellungen, denen eine objective Wirklichkeit nicht entspricht, während der Betreffende von dieser überzeugt ist. Es ist in allen Fällen zu untersuchen,

1. ob bestimmte Vorstellungen als Wahnideen aufzufassen sind,
2. welcher Art dieselben sind,
3. in welcher Weise sie sich mit anderen Symptomen verknüpft zeigen.

Der erste Punkt bietet oft grosse Schwierigkeiten. Praktisch kann es ausserordentlich schwierig, wenn nicht unmöglich sein, die Unrichtigkeit von bestimmten Vorstellungen zu erkennen. Z. B. kommen Fälle von Paranoia vor, bei denen im Anfang die producirten Wahnvorstellungen, z. B. über Zurücksetzung im Amt, Veranlassung zur Eifersucht, sich völlig im Rahmen

des Möglichen bewegen und zunächst aus ihrer Qualität gar nicht als Wahnideen erkannt werden können. Andererseits hüte man sich, bei solchen Erzählungen, selbst wenn sie von notorisch Kranken stammen, eo ipso alles für pathologische Erfindung zu halten.

In zweiter Linie ist die Art der Vorstellungen nach ihrer Zugehörigkeit zur Politik, Religion, Familie u. s. f. zu untersuchen. Dabei ist das besondere Gebiet, in welchem sie sich bewegen, zwar zu beachten, darf jedoch diagnostisch nicht überschätzt werden. Wichtiger ist der Grundcharakter der Wahnbildung. Vor allem sind die Typen des Verfolgungs- und Grössenwahns hervorzuheben. Dabei ist zu beachten, ob die Wahn-Ideen stereotyp wiederkehren oder rasch wechseln, ob mehrere eine geschlossene systematisirte Gruppe bilden oder zusammenhangslos und widerspruchsvoll nebeneinander stehen. Im Hinblick auf die Möglichkeit der einzelnen Ideen ist zu prüfen, ob sie an sich denkbar sind oder einen phantastischen Charakter haben.

Diagnostisch sehr wichtig ist drittens das gleichzeitige Vorhandensein anderer Symptome.

Vor allem ist zu achten, ob Sinnestäuschungen neben der Wahnbildung vorhanden sind und in welchem Verhältniss die Wahnbildung hierzu steht. Manchmal kann man deutlich wahrnehmen, dass mit Steigerung der Sinnestäuschungen die Wahnbildung sich verstärkt, in anderen Fällen erscheint die Wahnbildung als das Wesentliche und die Sinnestäuschungen treten als Nebenerscheinungen im Ablauf von bestimmten Gedankenketten auf. Ferner können gleichzeitig Gedächtnissstörungen und Erinnerungstäuschungen vorhanden sein, welche auf die Entstehung der Wahnvorstellungen ein Licht werfen. Manchmal erweisen sich Wahnideen als Residuen von Verwirrtheitszuständen und sind bei fortschreitender Genesung corrigirbar. Dies ist häufig im Ablauf des Delirium tremens zu beobachten.

Wichtig ist die Prüfung, ob gleichzeitig Affectmomente vorhanden sind, welche die Vorstellungsbildung einseitig beeinflussen und Wahnideen bedingen können. Dies ist sowohl bei depressiven, als bei maniakalischen Zuständen möglich.

Bei der Untersuchung kann man entweder von den spontanen Aeusserungen der Kranken ausgehen oder mit bestimmten Reizen an sie herantreten. Diese werden in den meisten Fällen nur in einer Reihe von Fragen bestehen, deren Beantwortung das Material zur Beurtheilung bieten soll. Im Zusammenhang mit dem zur Prüfung der Orientirtheit benützten Schema habe ich eine Anzahl von einfachen Fragen angewendet, welchen die obigen Ueberlegungen über die möglicherweise mit der Wahnbildung gleichzeitigen wesentlichen Symptome zu Grunde liegen. Jeder Untersuchende kann sich im Anschluss an die gegebenen Ausführungen eine Anzahl von solchen Fragen selbst zusammenstellen. In der That kann man dadurch in vielen Fällen wesentliche Resultate bekommen.

Beeinflussbarkeit.

Das Symptom der Beeinflussbarkeit spielt bei der Differentialdiagnose verschiedener Arten von Geisteskrankheit eine bedeutende Rolle. Wir verstehen darunter die Eigenschaft eines Menschen, durch psychische Momente in bestimmter Weise stark beeinflusst zu werden. Ein gewisser Grad dieser Eigenschaft gehört zum Normalen. Das Zusammenleben der

Menschen in den verschiedenen Gruppen des Staates und der Gesellschaft beruht wesentlich auf dieser psychischen Eigenschaft. Ohne Beeinflussbarkeit der einzelnen Menschen wäre eine Verständigung zu gemeinsamem Handeln in vielen Fällen unmöglich. Bei der Beeinflussbarkeit als Begriff der allgemeinen Psychopathologie handelt es sich also um Steigerung einer schon normaler Weise vorhandenen Function.

Psychophysiologisch kommen bei derselben zwei Vorgänge in Betracht:

1. Starke Hervorhebung einer bestimmten Gruppe von Empfindungen oder Vorstellungen.

2. Ausschaltung der hemmenden Empfindungen und Vorstellungen.

Die starke Hervorhebung einer Vorstellungsgruppe ist häufig von einem affectiven Moment begleitet oder bedingt. Dies spielt bei der Beeinflussbarkeit der Hysterischen eine grosse Rolle. Die Ausschaltung kann verschiedene Gebiete des geistigen Lebens betreffen, z. B. bei der Hypnose das Selbstbewusstsein, beziehungsweise die Vorstellungen, welche dieses ausmachen.

Mit der Einschränkung auf eine bestimmte Vorstellungsgruppe unter Ausschaltung hemmender Momente ist meist eine Steigerung der motorischen Wirkung der Vorstellungen verbunden. Diese kommt einerseits in unwillkürlichen Ausdrucksbewegungen, andererseits in bewussten Handlungen, welche der speciellen Gruppe von Vorstellungen entspringen, zur Erscheinung. So wird klinisch die Möglichkeit gegeben, die Wirkung von Vorstellungen, welche von uns auf ein Individuum übertragen werden, zu studiren und den Grad der Beeinflussbarkeit zu bestimmen.

Dabei ist zu beachten, in welchem besonderen Gebiet des seelischen Lebens diese sich zeigt. Bei der Behandlung der Muskelzustände haben wir eine Beeinflussbarkeit im elementarsten Gebiet der psychomotorischen Vorgänge, die Suggestibilität für passive und gesehene Bewegungen, kennen gelernt. Ferner machen manche sprachlichen Iterativerscheinungen, bei denen es sich um die Festhaltung eines in der Frage gegebenen Wortelementes handelt, den Eindruck einer Einschränkung auf bestimmte Innervationen im sprachlichen Gebiet nach Art der kataleptischen Haltungen im allgemeinen Muskelgebiet. Vielleicht liegt dieser Erscheinung manchmal eine abnorme Beeinflussbarkeit im Gebiet elementarer Innervationsvorgänge zu Grunde.

Vollständig verschieden hiervon sind die Erscheinungen, wenn es sich bei normaler Beschaffenheit dieser Functionen um abnorme Beeinflussbarkeit in der Sphäre der Vorstellungen und Begriffe handelt. Hier wird es wesentlich darauf ankommen, ob das vorhandene Vorstellungsmaterial durch psychische Momente leicht modificirt, ausgeschaltet und durch die neu auftretenden Vorstellungen ersetzt werden kann.

Eine abnorme Steigerung in dieser Richtung ist das Charakteristische der hysterischen Beanlagung. Es kann jedoch gerade infolge dieser erhöhten Receptivität eine Vorstellungsgruppe besonders in den Vordergrund treten, so dass zunächst gerade der Eindruck einer grossen Constanz erweckt wird. Trotzdem zeigt sich bei genauerer Prüfung, dass der Charakter der Beeinflussbarkeit dabei deutlich vorhanden ist. Dieser Punkt ist differentialdiagnostisch von grosser Bedeutung. Schon im neurologischen Gebiet ist der Nachweis der starken Beeinflussbarkeit, z. B. einer Lähmung, oft das Kriterium für ein hysterisches Moment in der Krankheit. Ebenso

ist es im psychiatrischen Gebiet. Diejenigen Zustände von Gemüthsdepression oder Wahnbildung, welche sich durch deutliche Beeinflussbarkeit auszeichnen, sind grösstentheils auf dem Boden der Hysterie erwachsen und haben eine andere, wesentlich günstigere Verlaufsart, als die scheinbar vorhandenen Krankheitsformen der Melancholie oder Paranoia. Sie zeichnen sich durch plötzliche überraschende Wirkung von psychischen Momenten, manchmal durch rasche Heilungen aus.

Associationen.

Association bedeutet im wörtlichen Sinne Verbindung, Vereinigung. Im psychologischen Gebiet müsste dementsprechend dadurch eigentlich ganz allgemein eine Verbindung von Vorstellungen ausgedrückt sein. Der Begriff hat sich jedoch auf diejenigen Vorstellungsverbindungen eingeschränkt, welche bei dem Ablauf der Vorstellungen wirksam sind.

Es sind hierbei aus den Erscheinungen bei Normalen seit lange folgende Grundformen abgeleitet worden: Association 1. nach Aehnlichkeit, 2. nach Contrast, 3. nach räumlicher Coexistenz, 4. nach zeitlicher Folge.

Dieses Schema, das schon zur Erklärung der Erscheinungen bei Normalen oft nicht ausreicht, hat sich für die Untersuchung der pathologischen Fälle als unbrauchbar erwiesen. Es sind daher Versuche gemacht worden, das Schema fortschreitend unter Anpassung an die neu wahrgenommenen Erscheinungen zu erweitern. Dadurch ist allmählich eine solche Menge von Eintheilungen entstanden, dass es dem Praktiker kaum möglich sein wird, die einzelnen Fälle in dieses logische Fächerwerk einzureihen. Auch wissenschaftlich ist daraus zum Theil ein Schematismus hervorgegangen, welcher eine Rückkehr zum Boden des psychophysiologischen Experimentes dringend verlangt.

Man kann nun entweder untersuchen, welche Reihe von Vorstellungen von einem bestimmten Anfangsglied, das in einem äusseren Reiz bestehen kann, sich abwickelt, oder man prüft, wie auf eine bestimmte Reihe von Wortreizen reagirt wird, und untersucht dann, in welcher Beziehung die psychischen Wirkungen zu der in dem Reizwort gegebenen Ursache stehen.

Die erstere Methode der fortlaufenden Association bietet oft einen guten Einblick, ist jedoch in vielen pathologischen Fällen nicht anwendbar, da die Kranken zu einer solchen zusammenhängenden Art der Aeusserung nicht zu bewegen sind. Allerdings kann sie bei der Prüfung z. B. von Maniakalischen mit Vortheil angewendet werden.

Um eine klare Uebersicht über die Erscheinungen bei verschiedenen Arten von Krankheit und einen Einblick in die verschiedenen Stadien einer Krankheit zu gewinnen, ist die zweite Methode mehr geeignet, da sie bei gleichen Reizen den grossen Vortheil der leichten Vergleichbarkeit der Wirkung bietet. Dabei war es nöthig, die verschiedenen Gebiete des geistigen Lebens durch Reizworte zu berühren.

Von den verschiedenen Formen des associativen Zusammenhanges greife ich für klinische Zwecke folgende heraus:

1. Reiz- und Associationswort stehen zu einander im Verhältniss von Ding und Eigenschaft, oder umgekehrt. Allerdings ist ein wesentlicher physiologischer Unterschied vorhanden, ob zu einem Eigenschaftsbegriff eine entsprechende Gegenstandsvorstellung, oder ob zu letzterer ein passendes Eigenschaftswort associirt wird. Im ersten Falle wird aus einer sehr

grossen Zahl von Möglichkeiten eine bestimmte gewählt, während bei der Reaction mit einem Eigenschaftswort, welches zu dem Reizwort passt, die Zahl der Möglichkeiten eine mehr beschränkte ist. In ersterem Falle liegt die klinische Aufgabe in der Ermittelung der Ursache, welche bewirkt, dass bei der grossen Summe von Möglichkeiten gerade die eine Wirklichkeit auftritt. Die Ursache dieser Specialisirung kann dabei eine ganz äusserliche sein, indem zufällig kurze Zeit vorher ein Gegenstand, welcher die betreffende Eigenschaft hatte, dem Betreffenden zum Bewusstsein gebracht worden ist. Hierbei spielt also ein zufälliges äusseres (exogenes) Moment oft eine wesentliche Rolle. Im anderen Falle handelt es sich darum, welches Sinnesgebiet in einem Individuum von einer Gegenstandsvorstellung am meisten erregt wird. Dabei ist zu beachten, dass die Gegenstandsvorstellung in jedem Falle aus Elementen, die verschiedenen Sinnessphären angehören, zusammengesetzt ist. Die besondere Betonung einer bestimmten Eigenschaft aus dem Complex einer Gegenstandsvorstellung wird also wesentlich durch die besondere psychophysiologische Organisation, durch ein endogenes Moment des Individuums bedingt sein.

2. Reiz- und Associationswort beziehen sich auf die gleiche sinnliche Sphäre, in der sie entweder Antithesen (weiss-schwarz) oder coordinirte Qualitäten (grün-blau) darstellen. Im optischen Gebiet ist noch darauf zu achten, ob complementäre Farbenqualitäten, z. B. roth-grün, associirt werden.

Dabei kommt in Betracht, ob die Reizworte optisch oder akustisch zur Wirkung gebracht sind. Im ersten Fall wird mit den gesehenen Schriftzeichen meist durch Vermittlung eines gedachten Wortes die Empfindung in der bezeichneten Sinnesqualität associirt und von da zu der homosensoriellen Vorstellung weitergegangen. Im anderen Fall ist ein Gehörseindruck das Primäre. Dieser kann nun aber auch unabhängig von seiner Bedeutung rein als akustisches Element zur Wirksamkeit kommen und ähnliche Laut-, beziehungsweise Klangvorstellungen wachrufen. Daraus folgt, dass homosensorielle Reactionen im strengsten Sinne nur dann vorliegen, wenn der Reiz der in der Reaction angedeuteten Sinnesqualität entspricht, d. h. z. B. ein wirklich optischer ist, während das Reactionswort eine optische Qualität bedeutet.

Das Auftreten von Klangassociationen ohne Beziehung auf die inhaltliche Bedeutung des gehörten Wortes scheint bei Ermüdungszuständen sehr häufig zu sein.

3. Reactionswort und Reizwort hängen durch ein nicht ausgesprochenes Bindeglied zusammen. Dieses kann in vielen Fällen eine Eigenschaft sein, welche beiden Vorstellungen gemeinsam ist, z. B. Rad — [rund] — Sonne; oder die eine Vorstellung kann Theil eines Vorstellungscomplexes sein, der zusammen von dem Betreffenden aufgenommen worden ist. Dieses Moment ist durch die Umgebung und die besonderen Lebensverhältnisse eines Menschen wesentlich bedingt. Oft handelt es sich um ganz zufällig wahrgenommene Complexe. Diese Art von Associationen ist besonders bei einzelnen Schwachsinnigen ausgeprägt, deren Associationen ganz durch die besondere enge Umgebung eingeschränkt sind. Auch kann es sich um Reihen von Vorstellungen handeln, welche nacheinander in das Bewusstsein getreten sind. Es werden bestimmte Ereignisse in ihren einzelnen Phasen reproducirt.

4. Die Reactionen enthalten, abgesehen von der unter 1 hervorgehobenen Betonung einer Eigenschaft, ein Urtheil über die Beschaffenheit der in dem Reizwort genannten Dinge. Oft zeigt sich dabei deutlich die Beziehung auf die eigene Person des Untersuchten. Diese egocentrischen Reactionen sind besonders bei epileptisch Kranken häufig.

5. Das Reactionswort bedeutet eine logische Einordnung. Z. B. Pferd — Wirbelthier. Diese logischen Associationen fehlen bei angeboren Schwachsinnigen meist.

Neben diesen Reactionen, welche einen Zusammenhang mit dem Reizwort erkennen lassen, kommen solche vor, bei denen ein solcher nicht besteht oder nur hypothetisch construirt werden kann. Man hilft sich über diese Erscheinung leicht mit der Annahme hinweg, dass Mittelglieder zwischen Reiz- und Reactionswort ausgefallen sind und versucht damit den Begriff der Association zu retten, während das Auftauchen des Reactionswortes ganz andere Quellen hat. Ganz ungeeignet ist es, hier das Wort „Fehlreactionen" anzuwenden, als ob nur die nach dem gerade giltigen Schema erwarteten Reactionen richtig wären.

Aus dieser Gruppe von Erscheinungen hebe ich folgende Fälle hervor:

1. Das Reactionswort bildet zu einem vorher dagewesenen Reiz eine Association in einer der erwähnten Arten. Der neue Reiz bleibt also unwirksam, während ein früherer nachwirkt, z. B.

Reaction 1 a weiss — 1 b schwarz
„ 2 a grün — 2 b Warze.

Hier ist 2 b eine Klangassociation auf 1 b, während 2 a ohne associative Wirkung gewesen ist.

2. Das Reactionswort bildet die Wiederholung eines vorher schon vorhandenen Elementes. Dieses kann nun entweder in dem Reizwort bestehen, so dass eine Iterativerscheinung vorliegt, oder in einem früher schon aufgetretenen Element, mag dieses nun ein Reizwort oder ein Reactionswort gewesen sein. Diese Perseveration von Wortelementen spielt in der Diagnose der Katatonie eine bedeutende Rolle.

3. Das Reactionswort steht weder mit dem Reizwort, noch mit einem früheren in einem associativen Zusammenhange, sondern stellt ein im Bewusstsein des Individuums häufig anwesendes Element dar, welches sich infolge des Reizes ohne associative Beziehung auf diesen in den Vordergrund drängt. Es handelt sich um subjectiv präformirte Reactionen. Diese spielen in der Pathologie eine viel grössere Rolle, als die normalen Associationen. Z. B. wird bei Depressionszuständen ohne Beziehung auf die besondere Qualität des Reizes mit Vorstellungen reagirt, welche ihre gemeinsame Wurzel in dem pathologischen Gemüthszustande haben. Das Wiederauftreten von adäquaten Reactionen auf Reizworte im Gegensatz zu den früheren, lediglich durch die depressive Stimmung bedingten Aeusserungen bedeutet manchmal den Beginn einer Besserung.

Aehnliches findet man bei hypochondrischen Zuständen, bei denen sich an Stelle der Associationen Vorstellungen aus der subjectiven Sphäre in den Vordergrund drängen. Ferner treten bei Epileptischen auf Reizworte hin plötzlich Vorstellungen in das Bewusstsein, welche mit dem gewöhnlichen Gedankenkreise der Betreffenden zusammenhängen. Besonders wichtig ist bei Epileptischen das häufige Auftreten von egocentrischen Vorstellungen im engsten Zusammenhang mit religiösen Ideen. Diese Ein-

schränkung der Reactionen auf ein ganz bestimmtes Vorstellungsgebiet wirft ein Licht auf einige Arten von Schwachsinn. Allerdings kommt nicht nur die Thatsache der Einschränkung, sondern sehr wesentlich auch die Qualität der Vorstellungen, auf welche das Bewusstsein eingeschränkt ist, in Betracht. Zweifellos kann diese Einschränkung bei richtiger Beschaffenheit der vorhandenen Begriffe eine Quelle bedeutender geistiger Leistungen werden, weil damit die Ausschaltung aller störenden Einflüsse gegeben ist.

4. Als Reactionswort kann absichtlich ein möglichst unpassendes und fernliegendes gewählt werden. Es liegt dann im Grunde eine Art Paralogie (bewusstes Danebenreden) vor. Diese Erscheinung wird im Zusammenhang mit der oben unter 2. genannten oft bei Katatonie beobachtet.

Stimmungsanomalien.

Bei der Untersuchung der Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen mussten wir mehrfach ein affectives Moment, nämlich die Gemüthsdepression, als wesentlich bestimmend anerkennen. Dies führt uns weiter zu der klinischen Betrachtung der Stimmungsanomalien.

Bleiben wir zunächst bei den Depressionszuständen. Vor allem muss hervorgehoben werden, dass nicht jede Gemüthsdepression als Melancholie bezeichnet werden darf. Gemüthsdepression kommt bei sehr verschiedenen Krankheitsformen, nicht nur bei functionellen Geisteskrankheiten, wie Paranoia, Verwirrtheit u. a., sondern auch bei organischen Hirnkrankheiten, wie progressiver Paralyse und Tumor cerebri, als Theilerscheinung vor, und ist deshalb ein Gegenstand der allgemeinen Psychopathologie. Dagegen gehört der Begriff Melancholie in die specielle Psychopathologie und bezeichnet diejenige Krankheitsform, bei welcher die Gemüthsdepression die wesentliche und bestimmende Bedeutung hat.

Um für die Auffassung der mit Gemüthsdepression einhergehenden Krankheitsfälle, welche symptomatisch eine grosse Verschiedenheit zeigen, einen Maassstab zu gewinnen, müssen wir zunächst das Verhältniss von Gemüthsstimmung und Wahnbildung genauer betrachten.

Schon bei den Verstimmungen, welche noch in der physiologischen Breite liegen, kann man bemerken, wie sich die Gedankengänge durch die bestehende Stimmungsanomalie beeinflusst zeigen. Es werden solche Vorstellungen gebildet oder aus den entstehenden ausgewählt, welche der vorhandenen Stimmung am meisten entsprechen, und diese wird dann nicht als Ursache, sondern als Folge der angeblich durchaus wahren (d. h. mit der Wirklichkeit übereinstimmenden) Vorstellungen aufgefasst. Ich kenne eine Reihe von geistig gesunden Menschen, bei welchen sich das primäre, von innen kommende Auftreten von Stimmungen mit entsprechender Bildung von Vorstellungen, die dann subjectiv manchmal als zureichender Grund der Gemüthsaffection aufgefasst werden, deutlich erkennen lässt. Nun zeigt sich, dass dieses Auftreten von entsprechend gefärbten Vorstellungen, von „Stimmungsdelirien", wie man diese Art von Vorstellungsbildung nennen könnte, individuell sehr verschieden ist. Es gibt Menschen, die schon bei minimaler Intensität der Stimmung solche „Stimmungsdelirien" zeigen, während andere ganz ausserordentliche Gemüthsbewegungen durchmachen, ohne in ihrer Vorstellungsbildung sehr

davon beeinflusst zu sein. Daraus folgt, dass „Stimmungsanomalie“ und „Stimmungdelirien“ zwar empirisch sehr häufig verbunden sind, aber durchaus kein gesetzmässiges Verhältniss zu einander zeigen, so dass das eine Phänomen das andere in sehr ungleicher Weise weit übertreffen kann. Ganz entsprechend verhält es sich mit der intercurrenten „Wahnbildung“, welche aus den „Stimmungsdelirien“ schon bei Menschen hervorgehen kann, welche noch durchaus kein Object der Psychiatrie im engeren Sinne sind. Andrerseits kann ein Gedankengang, der inhaltlich etwas Trauriges enthält, je nach der persönlichen Disposition des Einzelnen verschiedene Grade von Gemüthsdepression hervorrufen. Dieses je nach dem Individuum unproportionale Verhältniss zwischen Stimmungsanomalie und Wahnbildung ist ein wesentlicher Punkt bei Beurtheilung der als Melancholie bezeichneten Psychosen und überhaupt aller Geisteskrankheiten, bei denen Gemüthsdepression vorkommt.

Ein depressiver Zug kann manchmal als constitutionelle Anlage vorhanden sein und hat dann meist einen grossen Einfluss auf den Vorstellungsablauf der Betreffenden. Dieses Verhältniss liegt bei der als Neurasthenie und Hypochondrie bezeichneten Krankheitsgruppe oft vor.

Es ist also bei der Analyse des einzelnen Falles stets eine Abwägung der beiden Componenten: Stimmungsanomalie und Wahnbildung nothwendig. Dabei handelt es sich einerseits um eine Wahnbildung, welche aus der Stimmungsanomalie entspringt. Anderseits tritt Gemüthsdepression oft als Folgeerscheinung von bestimmten Vorstellungen auf, z. B. bei Paranoia, welche klinisch völlig von der Melancholie zu trennen ist. Es lässt sich zeigen, dass zwar die Symptomenbilder in einzelnen Zügen übereinstimmen, dass aber die pathogenetische Verbindung der Symptome eine ganz verschiedene ist, indem bei der Paranoia die Gemüthsverstimmung häufig gerade umgekehrt durch die Wahnbildung veranlasst ist.

Aehnlich liegt es bei den hysterischen Depressionszuständen, bei denen sich der reactive Charakter der Depression in Bezug auf veranlassende Vorstellungen deutlich zeigt. Lässt sich bei einer Gemüthsverstimmung bestimmt nachweisen, dass dieselbe im Anschluss an ein bestimmtes äusseres Ereigniss eingetreten ist, so muss sorgfältig geprüft werden, ob nicht noch andere hysterische Erscheinungen vorhanden sind. Die Depressionszustände zeigen in diesem Falle meist eine Beeinflussbarkeit durch psychische Momente, welche bei der eigentlichen Melancholie nicht vorhanden sind. Es ist also stets zu untersuchen, in welcher Beziehung die Gemüthsdepression zu den anderen Symptomen steht.

Wir müssen hierbei als einen der wesentlichen Sätze der Psychopathologie folgenden aussprechen: Es kommt bei der Auffassung der Psychosen viel weniger auf den blossen Bestand von Symptomen, als auf die pathogenetische Abhängigkeit an.

Im wesentlichen das Gleiche, wie für die Depressionszustände, gilt für die Euphorie. Man hat dieses Wort mit Vorliebe auf das sinnlose Wohlbehagen der Paralytischen angewendet, es ist jedoch richtiger, dasselbe im allgemeinsten Sinne zu fassen. Wie der depressive Gemüthszustand, wirkt auch schon im normalpsychologischen Gebiet die Euphorie auf den Gang der Vorstellungen erheblich ein, indem diejenigen Vorstellungen ausgewählt und betont werden, welche zu der Stimmung passen. Diese kann ihrerseits ganz elementar als organischer Zustand auftreten oder

durch äussere Ereignisse und Eindrücke veranlasst sein. Ebenso wie bei den depressiven Zuständen kann ein euphorisches Wesen constitutionell infolge einer angeborenen Anlage auftreten. Manchmal findet man bei einem Menschen schon physiognomisch den Gemüthscharakter der Freude und Heiterkeit deutlich ausgeprägt, ebenso wie bei anderen sich ein depressiver Zug andeutet.

Andererseits kann abnorme Steigerung der Euphorie öfter als Theilerscheinung von Krankheitszuständen auftreten. Dies ist vor allem bei der als Manie bezeichneten functionellen Geisteskrankheit der Fall, bei der sich neben einem zügellosen Ablauf von Vorstellungen und motorischer Erregung oft abnorme Euphorie findet. Jedoch kann diese nicht als das Wesen der Krankheit angesehen werden, da bei dieser Krankheit oft auch zornige oder weinerliche Erregungen ohne sonstige Aenderung der Symptome auftreten. Bei der Manie ist die Euphorie meist mit lebhaften Reden, starken Gesticulationen und Schlagfertigkeit verbunden, während zugleich lebhafte und wechselnde Grössenvorstellungen auftreten. Die Euphorie der Paralytischen zeigt mit Ausnahme von seltenen Fällen ganz andere Begleitsymptome. Abgesehen von den körperlichen Erscheinungen, welche häufig die paralytische Natur einer Geisteskrankheit wahrscheinlich machen, verräth meist der zusammenhanglose Charakter der gleichzeitigen Grössenideen, sowie die Gedächtnissschwäche die paralytische Natur der Krankheit. Diagnostisch wichtig ist der Umstand, dass es Fälle von functioneller Geisteskrankheit mit Ausgang in Schwachsinn gibt, bei denen von vornherein ein stark euphorisches Wesen mit Grössenideen auftritt. Dieselben gehören zu der als Dementia paranoides bezeichneten Gruppe und können leicht mit progressiver Paralyse verwechselt werden. Sie unterscheiden sich von dieser meist durch den Mangel an Gedächtnissstörungen. In diesen Fällen ist die Euphorie offenbar ein Begleitsymptom der Wahnbildung, ähnlich wie bei dem Verfolgungswahn starke Depressionszustände als Nebenerscheinung auftreten können. Jedenfalls muss im einzelnen Fall geprüft werden, in welcher Beziehung die Stimmungsanomalie zu den gleichzeitig vorhandenen Symptomen steht.

Störungen des Willens.

Bei der klinischen Betrachtung der als Wille bezeichneten psychischen Function geht man am besten von den Beobachtungen über die Muskelzustände aus. In der einfachsten Form ist der Wille eine auf die Hervorbringung einer Muskelbewegung gerichtete Aufmerksamkeit. Der Selbstwahrnehmung der willkürlichen Innervation entspricht normaler Weise eine Erregung der cerebralen Centren, von welchen die motorischen Nerven ausgehen. Mit diesem Gefühl des Wollens sind die Spannungsempfindungen, welche infolge der Muskelcontraction zustande kommen, so eng verknüpft, dass sie sich durch Selbstbeobachtung kaum auseinanderhalten lassen. Die klinische Erfahrung zeigt jedoch, dass die Selbstwahrnehmung des Wollens auch dann ungestört vorhanden sein kann, wenn wegen Unterbrechung der Leitungsbahnen ein Effect, aus welchem secundäre Empfindungen entspringen können, gar nicht vorhanden ist. Diese sind also eine indirecte Zuthat zu dem elementaren Zustand des Wollens.

Somit erscheint dieser als eine besondere Art des psychischen Geschehens, mit welcher eine Erregung motorischer Apparate des Gehirnes

verknüpft ist. Im physiologischen Sinne ist also Wille im eigentlichen Sinne diejenige Kraft, welche die cerebralen Anfangsglieder der motorischen Nerven in Erregung versetzt.

Trotz der vielfachen Beziehungen, in welchen der Wille zu Vorstellungen und Gefühlen steht, ist derselbe vom klinischen Standpunkt als gesonderte Function zu betrachten. Hierfür sprechen eine Anzahl von Beobachtungen der Individualpsychologie. Einerseits kann bei sehr lebhaften Vorstellungen die Fähigkeit der Uebertragung auf motorische Apparate eine sehr geringe sein, andererseits gibt es Naturen, bei denen Vorstellungen sehr leicht zu willkürlichen Handlungen im Sinne derselben führen. Analog kommen im pathologischen Gebiet Zustände von Willenlosigkeit bei intacter Vorstellungsbildung vor, z. B. bei hysterischen Erkrankungen als Ausschaltungserscheinung, ferner Hemmung des Willens bei melancholischen Krankheiten infolge des depressiven Affectes. Umgekehrt gibt es auch Steigerung der Erreglichkeit in der Willenssphäre, besonders bei maniakalischen, epileptischen und alkoholistischen Zuständen.

Die Verwirrung in der psychologischen Lehre vom Willen wird wesentlich dadurch hervorgebracht, dass oft „Wille“ und „Richtung oder Constanz des Willens“ verwechselt wird. Hierbei wird die Erreglichkeit der Willenssphäre, welche das physiologische Grundphänomen darstellt, mit den verschiedenen Formen, welche dieselbe infolge Verschiedenheit der den Willen auslösenden Vorstellungen annimmt, verwechselt. Ist ein Mensch von einer bestimmten Vorstellungsgruppe eingenommen und ist zugleich eine Erreglichkeit seiner Willenssphäre vorhanden, vermöge welcher die Vorstellungen sich leicht in Handlungen umsetzen, so wird er gewöhnlich als „willensstark“ bezeichnet, während sich die Erscheinung aus zwei sehr verschiedenen psychologischen Componenten zusammensetzt. Andererseits werden Menschen, die infolge starker Beeinflussbarkeit in ihrem Bestande von wirksamen Vorstellungen stark wechseln und dabei vermöge der gleichen Erreglichkeit der Willenssphäre ihren veränderten Vorstellungsgruppen leicht Ausdruck geben, gewöhnlich als „willensschwach“ bezeichnet, während die Schwäche lediglich in der Inconstanz der Vorstellungsgruppen liegt. Dem entspricht die Thatsache, dass, wenn einmal bei solchen receptiven Naturen durch einen starken Einfluss bestimmte Vorstellungsgruppen zur völligen Herrschaft gelangen, wie es im pathologischen Gebiet der Hysterie öfter vorkommt, solche Menschen eine ausserordentliche Rührigkeit in der Durchführung dieser Ideen zeigen können.

Klinisch muss also die Beschaffenheit der Vorstellungsgruppen neben der elementaren Beschaffenheit der Willenssphäre genau in Betracht gezogen werden. Im Krankheitsbild der Manie zeigt sich die Erreglichkeit der Willenssphäre mit rasch wechselnden Vorstellungen vereinigt, woraus die grosse Summe von lebhaften Ausdrucksbewegungen im physiognomischen und gesticulatorischen Gebiet entspringt, welche diese Krankheitsform kennzeichnet. Bei epileptischen Zuständen ist neben hochgradiger Erregung der Willenssphäre oft eine Einschränkung des Bewusstseins vorhanden, woraus die elementare sinnlose Tobsucht entspringt, welche die epileptischen Aequivalente meist charakterisirt. Bei alkoholistischen Delirien sind oft gleichzeitig mit der motorischen Erreglichkeit massenhafte Visionen vorhanden, die sich in einer Unsumme von charakteristischen

Ausdrucksbewegungen, z. B. im Haschen und Greifen nach den visionären Thieren, verrathen.

Neben der Erreglichkeit der Willenssphäre kommt als wesentliches Moment die Ausdauer im Festhalten einer bestimmten Innervation in Betracht. Diese ist normaler Weise stark von den Ermüdungsgefühlen beeinflusst, welche infolge der Muskelcontraction zustande kommen und ein Ablassen von der Innervation bewirken. Fehlen dieselben, was z. B. als hysterische Ausfallserscheinung oder als Wirkung der Hypnose zustande kommen kann, so ist damit für die betreffende Innervation eine Ausdauer ermöglicht, welche das Normale weit übersteigen und erst in der wirklichen Erschöpfung ihre Grenze finden kann. Andererseits können, wie dies ebenfalls bei Hysterischen als hyperästhetisches Symptom vorkommt, die Ermüdungsgefühle so betont sein, dass sie die Leistung viel eher unterbrechen, als es dem Grade der Erschöpfung entspricht. Hieraus erklären sich manche dem Laien wunderbaren Heilungen, die bei Hysterischen nach scheinbarer völliger Erschöpfung zustande kommen.

Wir müssen also den Unterschied von Ermüdungsgefühl und Erschöpfung als grundlegendes Moment für die Pathologie des Willens hervorheben. Die Voraussetzung, dass die Ermüdungsgefühle dem Grade der Erschöpfung, d. h. dem Verbrauch von Kräften im Nerven- und Muskelgebiet proportional sind, ist häufig nicht zutreffend. Die wirkliche Leistungsfähigkeit ist oft grösser, als sie nach dem raschen Auftreten von Ermüdungsgefühlen erscheint. Andererseits kommen wirkliche Erschöpfungen vor, während das Eintreten dieses Zustandes infolge von Ausschaltung der Ermüdungsgefühle nicht zum Bewusstsein kommt. Dieses Moment spielt schon im Normalpsychologischen eine Rolle. Z. B. kann man bei aufregenden Ereignissen beobachten, dass überraschende Arbeitsleistungen geschehen, bei denen die Betreffenden keine Ermüdung spüren, bis plötzlich eine Art Zusammenbruch erfolgt. Bei den katatonischen Zuständen werden sehr complicirte Haltungen oft stundenlang festgehalten, während ein Normaler durch die Ermüdungsgefühle längst gezwungen worden wäre, dieselben aufzugeben. Auch bei maniakalischen Zuständen laufen eine grosse Menge von Bewegungen ab, ohne dass Ermüdungsgefühle eintreten.

Abgesehen von den Ermüdungsgefühlen muss jedoch bei der Ausdauer einer Innervation noch ein weiteres Moment wirksam sein, welches in der Spannung der Aufmerksamkeit am klarsten hervortritt. Bei dieser spielen Innervationsempfindungen, vor allem in der Stirnmuskulatur eine grosse Rolle, als deren objectives Correlat die Muskelspannungen in diesem Gebiet erscheinen. Interessant ist, dass bei den prognostisch ungünstigen Fällen von Dementia paranoides und Katatonie häufig ganz sonderbare Zustände der Stirnmuskulatur beobachtet werden.

Das willkürliche Festhalten einer Innervation ist die einfachste Form der Ausdauer des Willens. Diese Fähigkeit ist oft bei angeboren Schwachsinnigen gestört, deren Bewegungsart dann einen völligen Mangel an Festigkeit und Haltung aufweist, während ihre Muskulatur ausgezeichnet entwickelt sein kann. Andererseits kann das Festhalten von Bewegungen in pathologischem Grade gesteigert sein. Dies ist vor allem bei der als Katatonie bezeichneten Geistesstörung der Fall. Hier werden Haltungen oft auch dann im wesentlichen noch festgehalten, wenn das Vorhandensein

von Ermüdungsgefühlen durch das Auftreten von Zittern und leichten Lageveränderungen wahrscheinlich wird. Analoge Erscheinungen sind im sprachlichen Gebiet vorhanden, indem eine einmal geschehene Innervationsreihe constant wiederkehrt. Wir deuten hier nur kurz auf die Begriffe der Stereotypie, Perseveration und der Iterativerscheinung hin.

Praktisch wichtig sind die zwangsmässig auftretenden Antriebe zu bestimmten Handlungen. In einfachster Form sind diese als Tic convulsif in bestimmten Muskelgebieten bekannt. Dabei handelt es sich im eigentlichen Sinne stets um willkürliche Handlungen, die allmählich automatisch geworden sind. Ferner kommen Antriebe zu complicirteren Zwangshandlungen vor.

Mit diesen primären motorischen Antrieben werden oft die sogenannten Perversitäten des Trieblebens verwechselt. Hierbei kommt es jedoch vielmehr auf Fixirung bestimmter von der Norm abweichender Vorstellungsgruppen an, durch welche Antriebe, z. B. in sexueller Beziehung, ausgelöst werden. Der Trieb ist dann abhängig von dem Auftreten der Vorstellungsgruppen, während die eigentlichen Zwangstriebe ganz elementar nach Art motorischer Reizerscheinungen auftreten. Der Begriff des Zwanges ist in so verschiedener Bedeutung gebraucht worden, dass wir denselben mit besonderer Hinsicht auf die sogenannten Zwangsvorstellungen genauer behandeln müssen.

Zwangsvorstellungen.

Die Auffassung von psychischen Störungen als Zwang, welcher das Individuum befällt, ist uralt. Die Geisteskrankheit wird als ein dem Individuum Fremdes betrachtet, welches den Einzelnen bezwingt. In grober Form findet sich diese Auffassung unter anderem in den abergläubischen Vorstellungen von Besessenheit wieder, die abgesehen von der religiösen Färbung dieser Idee im Grunde das zwangsmässige Befallenwerden von einer Geisteskrankheit ausdrückt.

Der Begriff ist jedoch allmählich sehr eingeschränkt worden und hat in dem Ausdruck „Zwangsvorstellungen", der eigentlich alle zwingend auftretenden Vorstellungen umfassen müsste, eine ganz bestimmte enge Bedeutung angenommen, indem darunter nur solche Vorstellungen verstanden werden, welche als Zwang zum Bewusstsein kommen. Ein begriffsgeschichtlicher Rest der früheren Vorstellungen des Zwanges liegt noch in dem französischen Ausdruck „obsession" vor, welcher ursprünglich Besessenheit bedeutend nunmehr auf die Zwangsvorstellungen im engeren Sinne eingeschränkt worden ist.

Wir beziehen uns hier nur auf die Zwangsvorstellungen im engeren Sinne, bei denen die auftauchenden Vorstellungen als Zwang zum Bewusstsein kommen, und heben hierbei zunächst nur das für die allgemeine Diagnostik Wichtige hervor. Das psychologisch Wesentliche ist dabei die Spaltung der Persönlichkeit, indem ein in dem Individuum auftauchender Gedanke oder Antrieb als etwas Fremdes oder Zwingendes empfunden wird.

Dabei ist häufig ein affectives Moment unverkennbar. Es tauchen solche Vorstellungen zwangsmässig auf, welche im Moment der Entstehung von einem starken Affect, z. B. Schrecken, begleitet waren. Hieraus entspringen oft die Zwangszustände der Hysterischen. Dies kann jedoch nicht

als allgemeines Erklärungsprincip gelten, sondern nur als eine Art der Entstehung.

Bei einer anderen Gruppe lässt sich ein solches affectives Moment nicht nachweisen. Es treten ohne bestimmte äussere Veranlassung Vorstellungsreihen oder Triebe in das Bewusstsein, die mehr oder weniger als subjectiver Zwang empfunden werden. Diese Art der Zwangstriebe, die ganz aus dem organischen Leben des Gehirns oder, wenn man sich im Sinne speculativer Psychologie ausdrücken will, aus dem Unbewussten aufzusteigen scheinen, finden sich oft bei epileptisch Beanlagten.

Sehr wichtig ist, dass diejenige Gruppe von Vorgängen, bei denen das Zwangsmässige der Vorstellungen empfunden wird, in eine zweite, bei der ein solches Bewusstsein von innerem Zwang nicht mehr vorhanden ist, überführen kann. Manchmal werden bestimmte Antriebe eine Zeit lang noch als etwas Fremdes und Zwingendes empfunden, während später diese subjective Reaction fehlt und ein innerer Widerstand gegen den auftauchenden Antrieb nicht mehr geleistet wird. Dies findet z. B. bei den melancholischen Erkrankungen öfter statt, indem die melancholischen Vorstellungen zuerst noch als etwas Ungerechtfertigtes angesehen und zurückgedrängt werden, während allmählich der Widerstand bei pathologischer Steigerung des Affectes verloren geht. Ebenso ist in seltenen Fällen im ersten Beginn der Paranoia das Bewusstsein eines Denkzwanges in bestimmter Richtung vorhanden, geht jedoch allmählich unter fortschreitender Wahnbildung verloren.

Die klinische Grenze der „Zwangsvorstellungen“ ist im Hinblick auf diesen Uebergang von psychischen Zuständen noch enger zu ziehen, als es schon nach der allgemein diagnostischen Einschränkung nöthig ist. Erst dann, wenn ausgeschlossen werden kann, dass die Zwangsvorstellungen Theilerscheinung oder Prodromalsymptom einer anderweitigen Krankheit (vor allem Melancholie, Paranoia oder Hysterie) sind, kann die Diagnose „Zwangsvorstellungen“ im Sinne einer klinischen Krankheitsform gestellt werden.

Schlusswort.

Wir haben versucht, in dem Rahmen eines klinischen Vortrages wenigstens die Grundzüge einer allgemeinen Diagnostik der Geisteskrankheiten zu geben. Wenn es auch unmöglich war, dabei alle einzelnen Symptome zu berücksichtigen, so wird doch klar geworden sein, wie sich die im Princip verlangte Verbindung von analytischer Psychologie und klinischer Medicin methodich gestaltet. Nur auf dem festen Boden der klinischen Beobachtung kann die Naturwissenschaft das Gebäude exacter Psychopathologie errichten.

2. VORLESUNG.

Die allgemeine progressive Paralyse der Irren (Dementia paralytica).

Von

O. Binswanger,

Jena.

Meine Herren! Die Krankheitsform, mit der wir uns heute eingehender beschäftigen wollen, habe ich schon mehrfach in den Kreis unserer klinischen Erörterungen hineingezogen, wenn es sich darum handelte, differentialdiagnostische Betrachtungen anzustellen. Sie werden sich erinnern, dass wir sowohl bei den relativ einfacheren Krankheitsbildern der Manie, der Melancholie und der Hypochondrie, besonders wenn es sich um Krankheiten im mittleren Lebensalter handelte, als auch bei den complicirteren psychischen Krankheiten, welche in die ätiologisch-klinische Gruppe der Erschöpfungs-, Intoxications- und Infectionspsychosen eingereiht wurden, wiederholt die Frage discutirt haben, ob nicht hinter der Maske einer functionellen Psychose jene schwere organische Erkrankung des Centralnervensystems sich vorläufig verbirgt, deren verhängnissvolle Bedeutung nicht nur in ärztlicher, sondern auch in socialer Hinsicht heute allgemein gewürdigt wird. Jeder Laie weiss, dass die ärztliche Feststellung der Diagnose der Dementia paralytica, „Gehirnerweichung“ *, im Volksmunde gleichbedeutend ist mit der Abgabe eines Todesurtheils für den unglückseligen Kranken.

Noch dringender und unmittelbarer war die Nothwendigkeit, die Dementia paralytica in den Bereich unserer diagnostischen Erwägung zu ziehen bei all jenen Geistesstörungen, welche auf psychischem und somatischem Gebiete deutliche Ausfallserscheinungen darboten und dadurch ihre Zugehörigkeit zu den organischen Gehirnerkrankungen documentirten. Hier traten wiederum in den Vordergrund gewisse Formen der Infections- und Intoxicationspsychosen, vor allem die durch Syphilis und Alkohol bewirkten

* Diese anatomisch durchaus unrichtige und irreführende Bezeichnung hat sich in allen Schichten der Bevölkerung, selbst in den gebildetsten Kreisen, so fest eingebürgert, dass alle Bemühungen von Seiten der fachwissenschaftlichen Kreise, diesen Ausdruck wieder auszumerzen, als erfolglos angesehen werden müssen.

Krankheitsfälle, sodann jene, welche auf dem Boden der Arteriosklerose, vornehmlich an der Grenze zwischen Mannes- und Greisenalter, sich entwickeln. Ich habe mich bemüht, Ihnen immer wieder vor Augen zu führen, welch wechselvolles und in prognostischer Beziehung trügerisches Bild besonders die Anfangsstadien der Dementia paralytica darbieten können. Um so zwingender ist die Aufgabe, Ihnen diese Krankheit in ihren verschiedenen Verlaufsstadien und Erscheinungsformen an einer grösseren Reihe von Krankheitsfällen vorzuführen und aus der fast erdrückenden Fülle und Mannigfaltigkeit der Krankheitssymptome diejenigen hervorzuheben, welche dem Leiden das specifische Gepräge verleihen und seine Diagnose sicherstellen. Vor allem erwächst mir die Aufgabe, Ihnen eine Zusammenfassung der ätiologisch-klinischen und klinisch-symptomatologischen Gesichtspunkte zu geben, welche uns eine Abgrenzung dieser Krankheit von verwandten, ihr nahestehenden Gehirn- und Rückenmarksleiden ermöglichen.

Die Dementia paralytica ist erst im zweiten Decennium des 19. Jahrhunderts als eine selbständige Krankheit erkannt worden. Es war *Bayle*, welcher zuerst die Zugehörigkeit der fortschreitenden Lähmungssymptome zu einer klinisch-eigenartigen Geistesstörung erkannte, deren Endstadium die geistige Verödung war. Er kam zu dem Resultat, dass beide Reihen von Krankheitsvorgängen auf einem organischen Krankheitsprocess des Gehirns beruhten, welchen er als Arachnitis chronica auffasste. Diese Erkenntniss wurde im Laufe der nächsten Decennien in klinischer Beziehung trotz mannigfacher Anfechtungen festgehalten und in pathologisch-anatomischer Richtung noch weiter ausgebaut. Schon in den Fünfzigerjahren war die Kenntniss der Dementia paralytica so weit fortgeschritten, dass von *Falret* u. a. der Versuch gewagt werden konnte, sie von nahestehenden unechten Formen einfachen Blödsinns mit Lähmung zu unterscheiden und sie auch pathologisch-anatomisch von anderen organischen Erkrankungen des Gehirns abzutrennen. Jahrelang waren die Forscher bemüht, die Dementia paralytica sowohl in anatomischer, als in klinischer Richtung auf ein einheitliches, alle Krankheitsvorgänge umfassendes Schema zurückzuführen. Der gleichen pathologisch-anatomischen Ursache sollten gleiche oder doch wenigstens nur in bestimmten engen Grenzen schwankende Krankheitserscheinungen entsprechen. Es wurde so eine typische Paralyse mit bestimmter Verlaufsrichtung der psychischen Störung construirt, die man auf bestimmte pathologisch-anatomische Grundlagen zu basiren suchte. Je weiter aber die Forschungen der Psychiater sich nach beiden Richtungen hin erstreckten, desto klarer wurde es, dass diese Erkrankung einen viel grösseren Raum beanspruchen darf, als die ursprüngliche Zeichnung dies erkennen liess. Man sah, dass die Reichhaltigkeit der psychischen Krankheitserscheinungen eine viel grössere ist, als zuerst angenommen wurde, und man gelangte schliesslich zu der Ansicht, dass die Dementia paralytica, besonders in den ersten Stadien, alle möglichen functionellen und organischen Nerven- und Geistesstörungen vortäuschen kann. Es wurde allmählich festgestellt, dass es bei der Mannigfaltigkeit und dem bunten Wechsel der psychischen Krankheitserscheinungen unmöglich ist, bestimmte klinische Krankheitstypen durch Verwerthung der vorherrschenden psychischen Krankheitserscheinungen zu construiren. Alle Versuche, auf diesem Wege nicht blos gesetzmässige Phasen des Verlaufes, sondern sogar be-

stimmte Krankheitsformen auffinden zu können, müssen als gescheitert betrachtet werden. Die alte typische Paralyse mit der gesetzmässigen Aufeinanderfolge *a)* des Stadium initiale mit unfertig entwickelten Krankheitserscheinungen, *b)* des Stadium melancholicum s. hypochondriacum, *c)* des Stadium maniacale, *d)* des Stadium dementiae ist nur geeignet, den Anfänger irrezuführen und ihm das Wesentlichste der psychischen Krankheitsvorgänge, nämlich den Intelligenzverfall, gewissermaassen als das Endglied einer langen Kette von Krankheitsvorgängen erscheinen zu lassen. Ebenso irrthümlich ist es, neben dieser typischen Krankheitsform eine Reihe anderer scharf begrenzter psychischer Krankheitsbilder aufstellen zu wollen. Wenn Sie die Literatur überschauen, so begegnen Sie den mannigfachsten Versuchen dieser Art. Es genügt die Aufzählung einer Reihe derartiger Varietäten, der agitirten, der depressiven, der einfach dementen, der circulären, der stuporösen, der katatonischen, der hallucinatorischen Form, um Ihnen zu zeigen, zu welcher Zersplitterung diese Bestrebungen geführt haben. Ich bitte festzuhalten, dass alle diese Versuche an dem gleichen Mangel leiden: Es werden äusserst variable Grössen der klinischen Diagnostik zu Grunde gelegt und andere, viel bedeutsamere, weil constantere Krankheitserscheinungen in den Hintergrund gedrängt.

Auf Grund ätiologisch-klinischer und anatomischer Erwägungen ist die Annahme gerechtfertigt, dass die Dementia paralytica zu denjenigen Krankheiten gehört, für welche unsere heutigen Daseinsbedingungen einen ausserordentlich günstigen Nährboden darbieten. Der verheerende Einfluss der gegenwärtigen culturellen und socialen Schädlichkeiten macht sich in erster Linie bei denjenigen Individuen geltend, deren Centralnervensystem den hochgradig gesteigerten Anforderungen an seine Leistungsfähigkeit den geringsten Widerstand entgegensetzen kann. Diese ungenügende Widerstandskraft kann angeboren oder erworben sein. Im ersteren Falle findet sie ihren Ausdruck entweder in einer morphologisch nachweisbaren Entwicklungshemmung oder in leichteren Graden in einer functionellen Schwächung einzelner oder aller Organsysteme. Es ist wohl unleugbar, dass diese constitutionellen Schwächezustände bei den heutigen Anforderungen an die nervöse Leistungsfähigkeit hauptsächlich zu Schädigungen des Centralnervensystems führen. So erklärt sich auch die allgemeine Zunahme der Nerven- und Geisteskrankheiten überhaupt. Die während des individuellen Lebens erworbenen Schwächungen der nervösen Leistungsfähigkeit werden in erster Linie bedingt durch die Einwirkung von Schädlichkeiten, welche die nutritiven Vorgänge innerhalb der Centralnervensubstanz ungünstig beeinflussen, die Arbeitsleistung verringern und schliesslich zu schwereren destructiven Krankheitsvorgängen führen. Wirken beide Reihen dieser pathologischen Entstehungsbedingungen zusammen, so wird der verheerende Einfluss der Culturschädlichkeiten ein um so grösserer werden. Die beiden hauptsächlichsten Typen dieser nervösen Culturkrankheit sind auf dem Gebiete der functionellen Nervenkrankheiten die Neurasthenie und auf dem Gebiete der organischen Erkrankungen des Centralnervensystems die Dementia paralytica. Beide Krankheiten besitzen viele Berührungspunkte miteinander.

Die Dementia paralytica umfasst eine Reihe von Krankheitsbildern, die sowohl hinsichtlich der Zahl und der Gruppirung der Symptome auf psychischem und somatischem Gebiet, als auch hinsichtlich des zeitlichen Ab-

laufs der Krankheitserscheinungen stark variiren. Allen gemeinsam ist der unaufhaltsam fortschreitende geistige und körperliche Verfall und der tödtliche Ausgang. Im Interesse einer übersichtlichen Darstellung dieser Krankheit ist es geboten, dieselbe nach ihrem Entwicklungsgange und dem Verlaufe in vier Stadien einzutheilen: *a)* das Stadium prodromale (auch neurasthenisches Stadium genannt), *b)* das Stadium initiale, *c)* das Stadium acmes, *d)* das Stadium terminale. Die Aufgabe der klinischen Darstellung besteht nun darin, innerhalb dieser Stadien die gesammte Symptomatologie (die psychischen und somatischen Störungen zusammengenommen) zu beschreiben und auf Grund einer genauen Analyse im einzelnen Falle dessen Eigenart zu beleuchten. Wir werden später sehen, dass es auf diesem Wege möglich sein wird, einzelne Gruppen von Krankheitsfällen, die in der Vereinigung bestimmter Symptome auf psychischem und somatischem Gebiete und vor allem durch Uebereinstimmung des Krankheitsverlaufes sich als zusammengehörig erwiesen, schärfer von einander zu trennen. Diese Versuche werden noch dadurch gestützt, dass jede einzelne Unterform der typischen Paralyse auch eine pathologisch-anatomische Eigenart zu besitzen scheint.

1. Stadium prodromale.

Die Krankheitssymptome des Vorläuferstadiums lassen sich in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf viele Jahre zurückverfolgen. Sie erinnern sich des Patienten, den ich Ihnen vor kurzem vorgestellt habe. Es handelte sich um einen 34jährigen Mann, von schwächlicher Constitution, mit einer ausgeprägten Kyphoskoliose. Vor 10 Jahren hat er sich syphilitisch inficirt. Es traten damals nur leichte Secundärerscheinungen auf, die durch eine Inunctionscur rasch und endgiltig schwanden. Vier Jahre später erkrankte er unter den ausgeprägten Symptomen der Neurasthenie. Er litt an Schlaflosigkeit, Kopfdruck, geistiger und körperlicher Ermüdung, Verdauungsstörungen, Herzklopfen und Schwindelempfindungen. Durch eine Kaltwassercur und mehrmonatliche Entfernung von seinem Amte (er ist Gerichtsbeamter) war er anscheinend wieder völlig hergestellt. Er heiratete ein Jahr später. Der Ehe sind zwei gesunde Kinder entsprossen. Er arbeitete in seinem Berufe ohne jede Störung zur vollen Zufriedenheit seiner Vorgesetzten. Vor einem Jahre traten die neurasthenischen Symptome in gleicher Weise wie früher hervor und steigerten sich. Der Patient versah aber seinen Dienst weiter, bis jetzt vor drei Monaten sich weitere auffällige Symptome hinzugesellten, die seine Aufnahme in die Klinik nothwendig machten. Der Fall wurde zu dieser Zeit von den behandelnden Aerzten als Neurasthenie aufgefasst und erst durch die klinische Untersuchung die Diagnose der progressiven Paralyse festgestellt. Wir werden dieser Krankenbeobachtung nachher wieder begegnen, wenn wir das zweite Stadium des Leidens besprechen, da dieser Fall ein brauchbares Beispiel der „typischen" Paralyse ist. Hier interessiren uns nur die neurasthenischen Vorläufersymptome, die nachweislich sechs Jahre zurückliegen. Wie sind dieselben aufzufassen und in welcher Beziehung stehen sie zu dem späterhin zum Ausbruch gelangten Leiden? Die Neurasthenie ist pathogenetisch betrachtet die Erschöpfungsneurose κατ' ἐξοχήν, welche entweder neuropathisch veranlagte Individuen befällt oder bei völlig normaler geistiger und körperlicher Veranlagung und

Entwicklung ausschliesslich durch die Schädlichkeiten hervorgerufen wird, welche den Menschen während seines individuellen Lebens treffen. Als die wichtigsten dieser Schädlichkeiten sind zu bezeichnen: Heftige, andauernde Gemüthserregungen, körperliche und geistige Ueberanstrengungen, Intoxicationen (Alkohol, Morphium, Blei, Arsen u. s. w.), Infectionen (Influenza, Typhus, Malaria, Syphilis u. s. w.). Es ist selbstverständlich, dass alle diese Schädlichkeiten verhängnissvoller werden und leichter und intensiver die Neurasthenie hervorrufen, wenn sie auf neuropathisch prädisponirte Individuen einwirken. Wie die Erfahrung lehrt, genügen bei vielen constitutionellen Schwächlingen schon relativ geringfügige Schädlichkeiten oder mittlere körperliche und geistige Leistungen, um den Zusammenbruch des nervösen Krafthaushaltes herbeizuführen. In unserem vorhin erwähnten Falle sind die ätiologischen Bedingungen nicht völlig aufgeklärt, welche die körperliche Entwicklung des Patienten beeinträchtigt haben; seine geistige Entwicklung soll vollauf normal gewesen sein. Die wesentliche schädigende Ursache ist hier sicher die syphilitische Durchseuchung. Mit dieser Feststellung berühren wir die brennendste Frage der ätiologisch-klinischen Paralyseforschung, zugleich aber auch die Schwierigkeiten der differentiellen Diagnostik zwischen Neurasthenie und Paralyse. Wir haben hier hauptsächlich die folgenden Erfahrungen zu berücksichtigen: Die syphilitische Infection schafft, abgesehen von allen localen Krankheitsäusserungen, die von den specifischen Wirkungen des syphilitischen Giftes auf die einzelnen Organe herrühren, noch andere Störungen, die in ihrer pathogenetischen Bedeutung noch mancher Aufklärung bedürfen, die aber klinisch seit langem wohl bekannt sind. Sie treten uns entgegen entweder als Störungen der Allgemeinernährung, die bis zu ausgeprägt kachektischen Zuständen führen können, oder als functionelle Schwächezustände, die nur einzelne Organe, respective Organsysteme betreffen. Die nervösen Störungen, die auf diesem Boden erwachsen, sind früher als die Syphilishypochondrie bezeichnet worden, ein Ausdruck, der jetzt der geläufigeren Bezeichnung „Syphilisneurasthenie" Platz gemacht hat.

Sie wissen, dass ich aus praktischen Gründen der absoluten Verschmelzung dieser beiden Krankheitserscheinungen das Wort rede und dass gerade für viele Fälle von sogenannter Syphilisneurasthenie die alte Bezeichnung Hypochondrie mehr am Platze ist, da als psychische Krankheitserscheinungen schwere Affectstörungen und hypochondrische Wahnvorstellungen recht häufig im Vordergrunde stehen. Wie Sie später sehen werden, ist die Syphilis auch die hauptsächlichste Quelle der destructiven Erkrankung des Centralnervensystems, welche der Paralyse zu Grunde liegt. Bestehen nun bei dieser Gleichartigkeit der Krankheitsursache engere Zusammenhänge zwischen der Syphilishypochondrie und der progressiven Paralyse, oder sind die pathologischen Vorgänge, welche beiden Krankheiten zu Grunde liegen, grundsätzlich von einander verschieden? Ich möchte die erstere Frage bejahen, und zwar aus folgenden Gründen. Nach meiner Ueberzeugung besteht kein principieller qualitativer Unterschied zwischen den Schädigungen der Nervensubstanz, welche den functionellen, und denjenigen, welche den organischen Nerven- und Geisteskrankheiten zu Grunde liegen. Die functionellen Neurosen und Psychosen beruhen, wie ich

an anderer Stelle schon ausführlicher dargelegt habe, in letzter Linie auf nutritiven Störungen der functionstragenden Nervensubstanz und insbesondere der centralen Nervenzelle. Diese nutritiven Störungen können sowohl in einer Schädigung der assimilatorischen, als auch der dissimilatorischen Processe innerhalb der Nervenzelle beruhen. Bei einem Versuche, die neueren Forschungen über die Histologie der centralen Nervenzelle mit diesen pathophysiologischen Begriffsbestimmungen zu verknüpfen, gelangte ich zu der Anschauung, dass die ausgleichbaren functionellen Störungen auf Partialschädigungen der Nervenzelle beruhen, die einer völligen Regeneration durch die physiologischen Stoffwechselvorgänge leicht zugänglich sind. Die leichtesten Grade derselben, die der Uebermüdung am nächsten kommen, beruhen höchst wahrscheinlich auf Partialschädigungen derjenigen Bestandtheile der Nervenzelle, die in den *Nissl*'schen Körpern aufgestapelt sind. Je weitergehend diese Art der Molecularschädigung ist, desto schwieriger und langwieriger wird auch der Ersatz, der erneute Aufbau dieser Zellbestandtheile sein. Er wird ferner bei all denjenigen Individuen schwieriger und unvollkommener stattfinden, bei welchen, wenn ich so sagen darf, die moleculare Constitution der Nervenzelle schon vor der Einwirkung der schädigenden Ursachen eine geringerwerthige gewesen ist. Aber auch dann wird der Ersatz ein ungenügender und unvollkommener sein, wenn das Verhältniss zwischen Assimilation und Dissimilation (Kraftvorrath, Kraftverbrauch und Kraftersatz) durch andauernd erhöhte Ansprüche an das Centralnervensystem oder durch Verringerung, respective Verschlechterung des der Zelle zugeführten Nährmaterials für längere Zeit gestört ist. Es werden so fliessende Uebergänge stattfinden zwischen den völlig ausgleichbaren und den bleibenden functionellen Störungen, die ihren klinischen Ausdruck in den Begriffen der Dauerermüdung und der Erschöpfung gefunden haben. Ob diese letzteren Störungen ebenfalls ausschliesslich auf einer Schädigung der *Nissl*'schen Körper beruhen, oder ob hier nicht vielmehr die functionstragende Nervensubstanz im engeren Sinne, das Neurosoma *Held*'s, in Mitleidenschaft gezogen ist, muss dahin gestellt bleiben. Jedenfalls kann es sich auch in diesem zweiten Falle, in welchem die nervöse Leistung zwar herabgemindert, nicht aber aufgehoben, respective dauernd vernichtet ist, nur um Partialschädigungen handeln. In den Fällen, die uns hier interessiren, ist als die schädigende Einwirkung das Syphilisgift zu betrachten, und zwar handelt es sich nach den neueren Anschauungen höchst wahrscheinlich darum, dass auf die Nervensubstanz Toxine einwirken, welche durch die Stoffwechselvorgänge des hypothetischen organisirten Trägers der Syphilis erzeugt und den Gewebssäften zugeführt worden sind.

Sind diese Toxinwirkungen intensiverer Art und treffen sie zusammen mit anderweitigen, die Ernährungsbedingungen und Leistungen der Nervenzelle beeinträchtigenden Vorgängen, so ist ihr Einfluss um so verderblicher. Der Krankheitsprocess verharrt nicht auf der Stufe der Partialschädigung, vielmehr wird allmählich die ganze Nervenzelle von ihm ergriffen. Aus der Partialschädigung wird die Totalerkrankung, die ihren Abschluss findet in dem Untergang nicht nur der *Nissl*'schen Granula, sondern auch der functionstragenden Substanz im engeren Sinne. Dass diese Deductionen heutzutage auch eine wissenschaftliche Berechtigung besitzen, habe ich Ihnen durch histologische Demonstrationen erkrankter Nervenzellen der Grosshirnrinde und des Rückenmarks beweisen können,

welche wir in zwei Fällen von Delirium acutum auf infectiöser Basis (Influenza und Varicellen) aufgefunden haben. Sie konnten bei diesen acuten, tödtlich verlaufenen Hirnerkrankungen mit schwersten psychischen Störungen alle Stadien des Krankheitsprocesses von der einfachen Partialschädigung der *Nissl*'schen Körper bis zur völligen Vernichtung der Nervenzelle genau verfolgen.

Was lehren diese Befunde für die Aufhellung der pathogenetischen Beziehungen zwischen Syphilis, Neurasthenie und Paralyse? Zuerst muss hier hervorgehoben werden, dass im Gegensatz zu diesem stürmischen Verlauf des Delirium acutum sich die pathologischen Processe bei den erwähnten syphilitischen Erkrankungen ungleich langsamer, schleppender vollziehen. Die Syphilistoxine scheinen aus bislang unaufgeklärten Gründen sich nur in geringerem Maasse zu entwickeln und besitzen auch, soweit aus klinischen Thatsachen ein Schluss gezogen werden kann, eine weit schwächere Wirkungsweise. Die Schädigungen verharren in einer grossen Zahl von Fällen auf einer unfertigen Entwicklungsstufe und äussern sich dann entweder in ausgleichbaren oder unausgleichbaren functionellen Störungen, welche klinisch-symptomatologisch die verschiedenartigsten Krankheitsbilder, von der einfachen Neurasthenie bis zu complicirten Paranoiafällen, umfassen und nur durch die gemeinsame Ursache begrifflich zusammengehalten werden. Es ist bislang nicht geglückt, die anatomischen Veränderungen der Nervensubstanz, welche diesen Fällen zu Grunde liegen, nachzuweisen. Ich neige aber, wie Sie wissen, der Ansicht zu, dass sich durch genaue histologische Untersuchungen des centralen Nervensystems und der peripheren (visceral-sympathischen) Nerven auch hier, falls die Patienten infolge von Syphiliskachexie zu Grunde gehen, Degenerationsprocesse nachweisen lassen; wenigstens habe ich in zwei Fällen von schwerer visceraler Syphilis mit heftigen Angstzuständen und tödtlichem Ausgang (durch Suicidium) degenerative Veränderungen in den Fasern des visceralen Nervenplexus darthun können.

Diese pathogenetischen Auseinandersetzungen, die schon ins anatomische Gebiet hinüberspielen, waren unerlässlich, um Ihnen die innigen Zusammenhänge zwischen den sogenannten functionellen und den organisch bedingten syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems klar zu stellen. Sie zeigten uns, dass eine scharfe Grenze zwischen beiden nicht zu ziehen ist, indem es sich nicht um qualitative, sondern um quantitative Verschiedenheiten pathologischer Vorgänge handelt. Ja, die Frage wird noch verwickelter durch den Umstand, dass bei der langdauernden, wahrscheinlich schubweise erfolgenden schädigenden Einwirkung der Syphilistoxine auf das Centralnervensystem an einzelnen Stellen Partialschädigungen mit ausgleichbaren, an anderen Stellen solche mit unausgleichbaren Störungen der Nervenfunction stattfinden können, während an dritten Stellen Totalschädigungen mit Ausfall der Functionen Platz gegriffen haben. Es kommen dann jene klinisch so bedeutsamen und für die Diagnostik so schwierigen Krankheitsfälle zustande, in welchen neben bestimmten bleibenden Herdsymptomen andauernd nur die Krankheitsmerkmale einer mehr oder minder scharf ausgeprägten Neurasthenie vorhanden sind. Ich darf Sie hier nur an die Fälle erinnern, auf welche ich schon mehrfach aufmerksam gemacht habe, in denen ausgesprochene reflectorische Pupillenstarre bei früherhin syphilitisch erkrankten, neurasthenischen

Individuen vorhanden ist, ohne dass selbst bei jahrelangem Bestehen dieses Krankheitsbildes sich der paralytische Krankheitsprocess hinzugesellt. Sie sehen also, dass organische Läsionen im Gebiete des Lichtreflexcentrums mit neurasthenischen Krankheitserscheinungen sich verbinden können, ohne dass diese letzteren die ominösen Vorboten einer organischen Allgemeinerkrankung des Centralnervensystems sein müssen. Ich habe Sie auf die Seltenheit derartiger Beobachtungen hingewiesen und Ihnen mitgetheilt, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle solche Befunde Theilerscheinungen der Tabes oder der Dementia paralytica sind. Das Gleiche gilt von dem frühzeitigen Auftreten des *Westphal*'schen Zeichens. Es kann nach syphilitischer Durchseuchung in seltenen Fällen als einziges Ausfallssymptom bestehen bleiben und sich mit Syphilisneurasthenie combiniren. Wir werden auch in solchen Fällen immer den dringendsten Verdacht auf die spätere Entwicklung einer Tabes oder einer Paralyse haben, doch werden wir nicht berechtigt sein, mit positiver Sicherheit die Diagnose auf die Entwicklung eines dieser beiden Leiden oder beider zusammengenommen zu stellen, bevor nicht die anderen evidenten Merkmale dieser Krankheiten hinzugetreten sind. In solchen Fällen müssen wir die grösste Vorsicht walten lassen; es ist die genaueste Controle des Krankheitsfalles, die sich auf Jahre hinaus zu erstrecken hat, nothwendig, um die ersten Anzeichen einer Weiterentwicklung des Falles im Sinne einer diffusen organischen Erkrankung des Centralnervensystems feststellen zu können.

Wir haben somit die Basis gewonnen, um das Stadium prodromale der Paralyse in seiner Bedeutung richtig zu würdigen. Es besteht, um es zu wiederholen, aus einer Reihe nervöser Erschöpfungssymptome auf psychischem und somatischem Gebiete. Es deckt sich klinisch mit den bekannten Bildern der Neurasthenie und gewinnt für uns eine verhängnissvollere Bedeutung, sobald wir festgestellt haben, dass es auf dem Boden der syphilitischen Durchseuchung entstanden ist. Denn es sind die Fälle der luetischen Infection, aus denen die paralytische Erkrankung in etwa zwei Dritteln der Beobachtungen hervorgeht. Wir haben aber nicht die Berechtigung, jeden an Syphilisneurasthenie Erkrankten zum beginnenden Paralytiker zu stempeln, da die Krankheit in diesem Stadium der Entwicklung dauernd beharren oder sogar noch eine weit gehende Besserung erfahren kann. Ja wir haben nicht einmal das Recht, die Diagnose der Paralyse auszusprechen, wenn sich zu diesem neurasthenischen Vorstadium ein einzelnes Ausfallssymptom hinzugesellt, welches auf eine umschriebene Totalschädigung eines der infracorticalen (basalen oder spinalen) Reflexcentren hinweist.

Auf eine genauere Schilderung dieses neurasthenischen Vorstadiums darf ich hier wohl verzichten, da die einzelnen Krankheitsmerkmale in dem Capitel der Neurasthenie genügende Würdigung finden werden. Ich brauche blos darauf hinzuweisen, dass Sie all die verschiedenartigen Varietäten des Krankheitsbildes (entweder rein oder in Mischformen) vorfinden, die wir als klinische Typen der Neurasthenie kennen. Sie finden die Neurasthenie mit vorwaltend psychischen (affectiven und intellectuellen) Störungen, die motorische, die dyspeptische, die angioneurotische und die sexuelle Form.

Ich habe mich absichtlich so lange bei diesen scheinbar bedeutungsloseren, unsicheren Vorläufererscheinungen aufgehalten, weil nach meinen

persönlichen Erfahrungen hier die Wurzel mancher ärztlicher Missgriffe und Enttäuschungen zu finden ist. Bald schiesst der Anfänger über das Ziel hinaus und diagnosticirt die Paralyse, bevor sie da ist, bald verkennt er die verhängnissvolle Bedeutung der Vorläufererscheinungen und ist gegen das Hereinbrechen schwerer Katastrophen nicht gerüstet.

Noch viel schwankender und unklarer ist die Bedeutung dieser neurasthenischen Vorläufererscheinungen in all denjenigen Fällen, in denen eine syphilitische Durchseuchung mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Hier kommen in erster Linie in Betracht jene hereditären Formen der Neurasthenie, welche die seltsamsten Verquickungen einfach neurasthenischer und psychopathischer Krankheitszustände aufweisen. Hier treten in vollem Mannesalter unter dem Einfluss psychischer Schädlichkeiten oder alkoholischer Excesse oder infolge eines Traumas progressiv-organische Erkrankungen des Centralnervensystems gelegentlich hinzu, die wir klinisch der Paralyse zurechnen müssen und die den Satz erschüttern, dass diese Krankheit ausschliesslich syphilitischen Ursprungs sei.

Und endlich gibt es eine relativ kleine Gruppe von Paralysefällen, in denen solche constitutionelle Schwächezustände überhaupt fehlen, der Patient angeblich bis wenige Monate vor seiner Erkrankung völlig gesund gewesen ist, keine syphilitische Durchseuchung erlitten hat, sondern unter dem Einflusse der anderen vorhin erwähnten Schädlichkeiten in Paralyse verfallen ist. Hier lässt jede Vorhersage aus den Vorläufererscheinungen im Stich.

2. Stadium initiale.

Die Dementia paralytica wird offenkundig, wenn sich bestimmte somatische und psychische Ausfallssymptome eingestellt haben, welche die Diagnose mit Sicherheit gewährleisten. Anatomisch gesprochen: Die Dementia paralytica beginnt, wenn corticale Totalschädigungen klinisch nachweisbar sind. Sie müssen aber nicht glauben, dass diese scheinbar so einfache Feststellung der Schwierigkeit der klinischen Arbeit in diesem Krankheitsstadium auch nur einigermaassen gerecht wird.

Die pathologisch-anatomische Begründung des Initialstadiums stützt sich auf die histologischen Befunde der Fälle, welche in diesem frühen Stadium zur anatomischen Untersuchung gelangt sind. Der jetzige Stand der mikroskopischen Technik gestattet uns, pathologische Veränderungen an Nervenzellen und markhaltigen Nervenfasern, an Blutgefässen und Neuroglia mit ziemlicher Sicherheit festzustellen. Dagegen ist es immer noch nicht gelungen, viele Axencylinderfortsätze und ihre Collateralen, sowie die Nervenendbäumchen, überhaupt den ganzen unendlichen Reichthum feinster Nervenfasern mit myelinfreier Markscheide innerhalb der Grosshirnrinde an Schnittpräparaten mit den zur Verfügung stehenden Färbemethoden zur Darstellung zu bringen. Sowohl die ursprüngliche *Golgi*'sche Methode, als auch die neueren Verbesserungen derselben lassen gerade bei unseren pathologischen Untersuchungsobjecten völlig im Stich, indem sie nur einzelne Nervenzellen und deren grössere Ausläufer (Axencylinderverzweigungen und Dendriten) hervortreten lassen. Die normal-histologischen, an Säugern ausgeführten Untersuchungen von *Ramón y Cajal, Sahli, Weigert* und *Flechsig* lehren uns, dass in dem Nervenfaserfilz der Rinde Nervenfasern mit myelinhaltiger Markscheide, Nervenfasern mit myelinfreier Markscheide und freie

Axencylinder enthalten sind. Wir sind deshalb keineswegs berechtigt, aus den nach der *Weigert*'schen oder *Pal*'schen Methode durch Färbung der myelinhaltigen Markscheidenantheile gewonnenen Ergebnissen einen bestimmten Schluss auf das Maass des Faserschwundes zu ziehen. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass schon in den frühen Stadien der Paralyse viel mehr leitende Substanz zu Grunde gegangen ist, als wir mittels dieser Methoden entdecken können. Es ist mir sogar wahrscheinlich, dass die gewebsschädigenden Toxine den günstigsten Angriffspunkt an diesen feinsten Bestandtheilen der leitenden Nervensubstanz besitzen und hier Zerstörungen verursachen, bevor Totalschädigungen der Nervenzellen erkennbar sind.

Sie werden schon aus diesen kurzen Andeutungen selbst den Schluss gezogen haben, dass die Uebergänge zwischen ausgleichbaren Ernährungsstörungen und endgiltigem Untergange functionstragender Nervensubstanz wissenschaftlich noch nicht sichergestellt sind und deshalb auf dem Gebiete der pathologisch-anatomischen Erforschung der Paralyse die Feststellung der ersten Anfänge dieser Erkrankung noch zu den ungelösten Problemen gezählt werden muss.*

Viel bedeutungsvoller für den Praktiker sind die klinischen Schwierigkeiten, welche der rechtzeitigen Erkenntniss des Initialstadiums der progressiven Paralyse entgegenstehen.

Beginnen wir mit den psychischen Krankheitserscheinungen. Das hervorstechendste, die Diagnose der Paralyse sichernde Symptom ist der intellectuelle Verfall, der langsam und unaufhaltsam fortschreitende Schwachsinn. Er entspricht dem eben erwähnten Untergang der nervösen Elemente der Grosshirnrinde. So einfach die Feststellung des paralytischen Schwachsinns in ausgeprägten Krankheitsfällen ist, so mühsam und irreführend ist der Versuch, die ersten Anzeichen intellectueller Ausfallssymptome von cerebralen Erschöpfungszuständen mit ihren subjectiven Aeusserungen (Kopfdruck, Arbeitsunfähigkeit auf intellectuellem Gebiet, affective Reizbarkeit, Schlaflosigkeit) zu unterscheiden. Vor allem müssen wir uns hüten, pathologische Affectvorgänge zur ausschliesslichen Grundlage der Diagnose der beginnenden Paralyse machen zu wollen. Sie finden sowohl beim Neurastheniker, als auch beim beginnenden Paralytiker die gleiche reizbare, hypochondrische Verstimmung, welche aus einem gesteigerten Krankheitsgefühl entspringt. Auch Angstgefühle und Angstanfälle oder heftige Zornausbrüche bei geringfügigen Anlässen, Hyperalgesie gegen periphere und innere Nervenreize sind beiden Krankheitszuständen eigenthümlich. Man hat als unterscheidendes Merkmal angegeben, dass die explosiven Affectausbrüche des Neurasthenikers in länger dauernde Unlustaffecte, Missstimmung, trübe, verdüsterte, verbissene Lebensauffassung u. s. w. überzugehen pflegen, während beim beginnenden Paralytiker eine derartige Nachwirkung fehlen soll. Es trifft dies aber nicht für alle Fälle zu und möchte ich daraus ein sicheres differentialdiagnostisches Moment nicht herleiten. Viel wichtiger erscheint mir der Umstand, dass die Zorn-,

* Ich lasse hierbei die Streitfrage ganz unerörtert, ob die initialen pathologischen Processe als entzündliche oder degenerative zu deuten sind, da sie für die soeben angestellte Betrachtung belanglos ist; es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass das anatomische Correlat der psychischen und somatischen Ausfallssymptome ausschliesslich in dem Untergang der functionstragenden Nervensubstanz zu suchen ist.

Verzweiflungs- und Angstausbrüche des beginnenden Paralytikers recht häufig einer auch nur annähernd befriedigenden Motivirung entbehren. Das Missverhältniss zwischen der auslösenden Ursache und der Affectentladung tritt besonders in den Fällen grell hervor, in welchen der Patient bei den geringfügigsten Anlässen in sinnlose Erregungszustände verfällt und dann nicht selten Selbstmordversuche begeht, die in ihrer Anordnung und Ausführung den intellectuellen Defect erkennen lassen. Bezeichnend ist der Fall eines hohen Diplomaten, welcher im Beginn der Paralyse in einem Anfall von Verzweiflung sich in einem öffentlichen Pissoir durch einen Revolverschuss verletzte.

Auch das ausserordentliche Schwanken der Affectlage ist verdachterregend. Der Neurastheniker wird unter dem Einfluss fröhlicher Geselligkeit und unter der Anregung von Alkoholicis ebenfalls Stunden erhöhter Freudigkeit, ja ausgelassener Lustigkeit darbieten können. Beim beginnenden Paralytiker ist aber alles viel unmittelbarer, den Umständen weniger angepasst und vor allem weniger ausgearbeitet; deshalb auch leichter ein jäher, unmotivirter Umschlag der Stimmung.

Sie sehen, meine Herren, die nahen Berührungspunkte beider Krankheitszustände auf dem Gebiete der pathologischen Gefühlsreaction und haben sich davon überzeugen können, welch fein abgestufte Nüancirungen des Stimmungsbildes bei der Diagnose zu berücksichtigen sind. Nach meiner Ansicht ist das Ausschlaggebende in den Störungen der Urtheilsbildung des Patienten über seine eigenen Zustände zu suchen. Während der Neurastheniker ein scharfer, kritischer Beobachter und Beurtheiler ist, der seinen Seelenzustand aufs Genaueste registrirt und analysirt, fällt beim Paralytiker schon in diesem frühen Stadium der Erkrankung der Mangel an feinerer Selbstbeobachtung und -beurtheilung auf. Entweder ignorirt der Paralytiker die Veränderung seiner Gefühlsreaction vollständig und ist überrascht, erstaunt und verletzt, wenn ihm Vorhaltungen über sein verändertes und auffälliges Gebaren gemacht werden, oder sein Urtheil ist grotesk, verändert und verzerrt, er macht unwahre, umgeänderte, phantastische Darstellungen der ihm zur Last gelegten Vorfälle und Scenen. Kurzum, sein Urtheil über seine inneren seelischen Zustände ist geschädigt. Auf gleicher Linie steht die ungenügende kritische Verwerthung seines Empfindungsmaterials, besonders seiner Organempfindungen. Er kommt zu den abenteuerlichsten hypochondrischen Vorstellungskreisen, die gar nicht selten auf psychischem Gebiete die Scene der krankhaften Vorgänge eröffnen. Am bekanntesten sind die hypochondrischen Klagen über die gestörte Darmthätigkeit. Wenn Ihnen ein solcher Kranker unter heftigstem Klagen und Jammern über seine Schmerzen im Leib versichert, dass er schon seit Wochen keinen Stuhlgang mehr gehabt habe und dass selbst trotz drastischer Mittel nichts entleert worden sei, so werden Sie sich den Fall genauer ansehen müssen, ob hinter der scheinbar einfachen Neurasthenie, respective Hypochondrie nicht die Paralyse lauert.

Am schwierigsten sind die Fälle zu erkennen, in welchen eine deutliche Affectveränderung der vorstehend geschilderten Art überhaupt fehlt und nur eine eigenthümliche Abstumpfung der gemüthlichen Reactionen, eine erhöhte Gleichgiltigkeit und Interesselosigkeit sowohl in Beziehung auf die Vorgänge der eigenen Persönlichkeit, als auch der nächsten Umgebung das Krankheitsbild eröffnet. Dabei vollführen die Patienten an-

scheinend ganz ungestört ihre täglichen Berufspflichten, der Beamte geht regelmässig auf sein Bureau, der Officier zu seinem Dienst, der Kaufmann an die Börse. Alles verläuft im gewohnten Geleise, bis irgend eine der nachher zu schildernden Katastrophen der verständnisslosen Umgebung die Augen über die Tragweite der psychischen Veränderung öffnet. Ich möchte Sie auf den Kranken hinweisen, welchen ich Ihnen vor 14 Tagen vorgestellt habe. Es handelte sich um einen subalternen Eisenbahnbeamten, der angeblich erst 3 Tage vor dem Eintritt in die Klinik erkrankt war. Die Ehefrau berichtete, dass der Patient seit etwa Jahresfrist stiller geworden sei; sein früher heiteres, geselliges Naturell habe sich verändert. Er klagte anfänglich über Müdigkeit und Mattigkeit in den Gliedern, Magenschmerzen, Trägheit des Stuhls und Schlaflosigkeit. Besonders auffällig war ihr die Gleichgiltigkeit gegen seine Kinder, an denen er früher zärtlich gehangen hatte. Er konnte wochenlang aus seinem Dienste nach Hause kommen, ohne irgend eine Notiz von denselben zu nehmen. Er setzte sich schweigend zu Tisch, „träumte vor sich hin", äusserte sich nur, wenn er gefragt wurde, und erwachte dann wie aus einem Halbschlaf. Dabei fiel der Frau eine bedeutende Steigerung des Appetits auf, die mit den ständigen Klagen über Verdauungsbeschwerden in Widerspruch stand. Er unterliess seine gewohnten Spaziergänge, sass fast immer in einer Sophaecke und war zu allen ihm früher lieb gewordenen Zerstreuungen, Kartenspiel, Lectüre u. s. w. kaum zu bewegen. Wenn er keinen Dienst hatte und nicht ass, so schlief er. Sie erkundigte sich bei seinen Collegen; dieselben bestätigten die „Schlappheit" des Patienten, berichteten aber, dass er seinen Dienst vollständig wie in früherer Zeit ausfüllte. Erst wenige Wochen vor der Aufnahme fiel eine zunehmende Vergesslichkeit auf. Er verlief sich, wenn er zum Bureau ging, in fremde Strassen und kam auf Umwegen erst verspätet dort an. Er konnte stundenlang unthätig an seinem Pulte sitzen und wurde mehrfach schlafend angetroffen. Wenn er befragt wurde, ob ihm etwas fehle, so war er sehr erstaunt. Er erklärte, dass er sich ganz wohl fühle. Einen ihm angebotenen Urlaub wies er als unnöthig zurück. Ein zugezogener Arzt erklärte dies für Nervenschwäche (Ursache: Influenza), die nach kurzer Ausspannung aus dem Dienst wieder behoben sein werde. Plötzlich änderte sich das Bild: Patient wurde lebhafter, erregter, erklärte seiner Frau, dass er zur Pariser Weltausstellung fahren werde, dass er sich ein Reitpferd kaufen werde. Er lief in die Wirthshäuser, bestellte feines Essen und Wein, ohne die Mittel zur Bezahlung bei sich zu haben. Die Frau veranlasste ihn, mich zu consultiren. Die Untersuchung ergab: lichtstarre Pupillen, Parese des linken Gaumenbogens, plumpe, schwerfällige, näselnde Sprache mit deutlichem Silbenstolpern; Kniephänomene links abgeschwächt, Schmerzempfindlichkeit überall herabgesetzt, Berührungsempfindlichkeit erhalten. Der Gesichtsausdruck war gleichgiltig, stumpf, der linke Mundfacialis leicht paretisch. Patient gibt seine Lebensgeschichte noch ganz correct an, bestreitet aber, krank zu sein. Er macht noch ganz zutreffende Angaben über seine berufliche Thätigkeit, über gewisse ihm zur Zeit obliegende Arbeiten. Er berichtet sodann in affectloser Weise, dass er zu Pferd nach Paris zur Ausstellung reiten werde. Auf Befragen, ob er auch die Mittel dazu besitze, antwortet er: „Nun ja, 300 Mark."

Ich nahm Gelegenheit, Ihnen den Patienten sofort vorzustellen und an diesem Beispiel Ihnen die Initialsymptome der Paralyse klar zu legen.

Ich machte Sie darauf aufmerksam, dass ich es natürlich nicht wagen würde, in Gegenwart des Patienten die für ihn verhängnissvolle Diagnose ausführlich zu erörtern und den weiteren Verlauf zu schildern, wenn ich nicht überzeugt wäre, dass dieser ganze Vortrag und die genaue Untersuchung des Patienten keine geistigen Spuren in ihm hinterlassen würden. Als ich ihn zum Schluss meines Vortrages fragte, was ich gesagt habe, antwortete er lächelnd: „Sie haben von einem Mann gesprochen, der gehirnkrank ist."

In dem anderen, früher skizzirten Fall mit länger dauerndem neurasthenischen Vorstadium war der Ausbruch der Erkrankung offenkundig geworden ebenfalls durch eine auffällige Heiterkeit und Aufgeregtheit des Patienten, die sich innerhalb weniger Tage zu einer ruhelosen Geschäftigkeit gesteigert hatte. Patient wollte grosse Feste geben, mit seiner Frau und seinen Verwandten zur Weltausstellung nach Paris fahren, Extrazüge miethen u. s. w. Hier in der Klinik sprach er sich Ihnen gegenüber in schamlos prahlerischer Weise über seine geschlechtlichen Bedürfnisse und seine Leistungsfähigkeit aus. Da seine Frau nicht da sei, müsste er sich ein Mädchen nehmen, mit dem er schöne Kinder zeugen würde. Ich machte Sie hierbei aufmerksam, dass Sie hier die weitere schon offenkundige schwachsinnige Steigerung gewisser charakteristischer Krankheitserscheinungen beobachten können, welche recht häufig die allerersten Anzeichen des sich vollziehenden geistigen Verfalles sind. Ich erläuterte Ihnen, dass die höchst stehenden geistigen Vorgänge, welche bei der individuellen Entwicklung den Abschluss der geistigen Persönlichkeit darstellen, nämlich die ethischen, ästhetischen Gefühle und Vorstellungscomplexe, zuerst Schaden leiden. Das feinere Verständniss für Anstand und gute Sitte, Recht und Unrecht, moralische Verpflichtung gegen sich und andere geht verloren. Es wird, wenn ich so sagen darf, der Duft der Persönlichkeit abgestreift und es bleibt die grobe, menschliche Maschinerie mit nackten, egoistischen Regungen und Bestrebungen übrig. Sie werden diese Krankheitserscheinungen am besten studiren, wenn Sie in einer Reihe einschlägiger Fälle die Krankengeschichte nach rückwärts verfolgen. Lassen Sie mich einige Beispiele ganz kurz erwähnen. Von einem Officier, der, angeblich erst seit wenigen Wochen, an ausgesprochener Paralyse erkrankt war, berichtete einer seiner Kameraden, dass ihm erst jetzt einige Vorkommnisse verständlich würden, die schon $1^1/_2$ Jahre zurückliegen. Der früher peinlich saubere, ordnungsliebende und pflichtgetreue Compagnieführer kam in unordentlicher Kleidung und mit zunehmender Unpünktlichkeit zum Dienst. Einmal stellte er sich in einer Ruhepause breit vor seine Compagnie und urinirte.

In einem anderen Falle hatte der Procurist eines grösseren Handelshauses seinerzeit, als noch kein Mensch irgend eine Ahnung von dem Ausbruch der Erkrankung hatte, die Unterschrift seiner Chefs unter einen Wechsel gesetzt, den er zum Ankauf eines grösseren Werthgegenstandes ausfertigte. Darüber zur Rede gestellt, war er ganz überrascht, einen Fehler gemacht zu haben, und erklärte das ganze für ein Missverständniss. Erst ein Jahr später waren die paralytischen Krankheitserscheinungen voll ausgeprägt.

In einem dritten Falle machte ein bislang durchaus ordentlicher, in sittlicher Beziehung tadelloser Kaufmann ein schamloses Attentat gegen

ein junges Mädchen, das mit häuslichen Arbeiten in seiner Familie beschäftigt war. Auf die Hilferufe des Kindes eilte die Frau des Patienten herbei und befreite dasselbe aus den Händen des Angreifers. Der Mann ging lächelnd über das Vorkommniss hinweg und konnte gar nicht begreifen, dass „daraus eine solche Geschichte gemacht würde".

Ich will mich auf diese Beispiele beschränken und nur hinzufügen, dass gesteigerte erotische Neigungen auch die Erklärung dafür geben, dass eine so grosse Zahl der beginnenden Paralytiker sich mit Heiratsplänen trägt, sich verlobt und Ehen schliesst. Es gehört sicher zu den peinlichsten Erlebnissen des Psychiaters, wenn diese unglücklichen Todescandidaten mit ihren vor kurzem angetrauten Frauen oder mit ihren Bräuten zur Consultation kommen, meist nicht aus eigenem Antriebe, sondern weil dem sorglichen Auge der Begleiterin mancherlei Züge in dem Verhalten des Gatten oder Bräutigams aufgefallen sind, die Bedenken erregen konnten. Sie werden dann, wenn Sie über die Diagnose keinen Zweifel erheben können, verpflichtet sein, die Wahrheit zu sagen. Ich empfehle in solchen Fällen den Ausdruck zu wählen, dass es sich um eine schwere organische Gehirnkrankheit handelt, worauf meist die angstvolle Frage folgt, ob es Gehirnerweichung sei. Man wird dann nicht umhin können, der Befürchtung Ausdruck zu geben, dass sich diese Krankheit entwickeln werde, und den Rath hinzufügen, dass der Patient seine berufliche oder geschäftliche Thätigkeit nicht weiter fortführe. Zu recht grotesken Verwicklungen kann es kommen, wenn der beginnende Paralytiker, entsprechend seinem ethischen Defect, die Ehe mit einer übel beleumundeten Persönlichkeit, z. B. mit einer Prostituirten, schliesst. Hier sind es nicht die besorgten Gattinnen, sondern die entrüsteten Verwandten des Mannes, welche die ärztliche Entscheidung herbeiführen.

Aus dem Cardinalsymptom der Urtheilslosigkeit über den eigenen Zustand entspringt die Euphorie, d. h. das subjectiv erhöhte Wohlbefinden bei thatsächlich verringerter Leistungsfähigkeit auf geistigem und körperlichem Gebiete. Dieser Urtheilslosigkeit verdanken aber auch jene Krankheitszeichen ihren Ursprung, welche selbst dem Laien heutzutage den Ausbruch der Krankheit offenkundig machen, nämlich die planlosen Selbstüberschätzungsideen, welche der Patient über seine persönliche Leistungsfähigkeit äussert und die bei üppigen Phantasiewucherungen schon frühzeitig in schwachsinnigen Grössenideen gipfeln können.

Es tritt dies besonders dann auf, wenn sich affective Erregungszustände hinzugesellen, mit heiterer Gemüthslage, beschleunigtem Ablauf der Vorstellungen und gesteigertem Thätigkeitsdrang. Das ist die Periode, in welcher die Patienten unsinnige Bestellungen und Anschaffungen machen, die weit ihre Verhältnisse überschreiten, sich in geschäftliche Speculationen einlassen, die binnen wenigen Wochen die Existenz der Familie vernichten können. Wie oft ist der ärztliche Sachverständige in der Lage, ein Gutachten darüber abzugeben, ob dieses oder jenes Kaufgeschäft schon in die Krankheitsepoche fällt oder nicht! Aber auch der negative Grössenwahn (wie *L. Meyer* ihn treffend genannt hat) entspringt der gleichen Quelle. Es ist die schwachsinnige Beurtheilung der körperlichen Vorgänge, die schliesslich zu ausgesprochenem Kleinheitswahn, zu Vorstellungen von der Vernichtung einzelner Körpertheile resp. Körperorgane oder von der Vernichtung der Persönlichkeit führt.

Ueberall, sowohl bei den sogenannten maniakalischen, als auch bei den hypochondrischen und melancholischen Zustandsbildern der beginnenden Paralyse, wird es Ihre Hauptaufgabe sein, den beginnenden Schwachsinn nachzuweisen, der, wie die vorstehende Ausführung zeigt, in erster Linie in einer Schwächung der Urtheilsbildung sich kundgibt (einfache Demenz). Ich betone dies hauptsächlich deshalb, weil noch vielfach das Hauptgewicht auf die Abnahme der Gedächtnissfunctionen gelegt wird. Meine Erfahrungen lehren mich dagegen, dass gröbere Gedächtnissstörungen in einer grossen Reihe von Fällen noch fehlen können, nachdem schon längere Zeit die Zertrümmerung oder wenigstens Lockerung oder Abschwächung der Urtheilsassociationen in ihren feinsten, vollendetsten Ausarbeitungen sich vollzogen hat. Sind gröbere Gedächtnissstörungen durch den Ausfall ganzer Gruppen von Erinnerungsbildern nachweisbar, so beziehen sich dieselben meistens auf Vorgänge der jüngeren und jüngsten Vergangenheit, während die vor der Erkrankung gelegenen Erinnerungsbilder noch ganz gut erhalten sein können.

Die erste auffällige Erscheinung dieser Gedächtnissstörungen ist die Unsicherheit der Reproduction des Erinnerungsmaterials, besonders in Beziehung auf Orts- und Zeitbestimmungen. Die einzelnen Vorkommnisse werden in der Erzählung anscheinend richtig wiedergegeben, doch ist die zeitliche Aufeinanderfolge der Ereignisse sehr oft unrichtig und widerspruchsvoll, ohne dass dem Patienten diese Irrthümer zum Bewusstsein kommen. Erst wenn er darauf aufmerksam gemacht wird, corrigirt er seine unrichtigen Angaben. Hand in Hand damit geht ein Sinken der Aufmerksamkeit; die Patienten erlahmen schon nach kurzer Zeit, verlieren den Faden des Gesprächs, machen längere Pausen, versinken in ein eigenthümliches Hinbrüten, aus dem sie durch erneute Fragen und Anknüpfungen wieder aufgestört werden. Zu diesen Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit tritt die mangelnde Orientirungsfähigkeit hinzu. Die Patienten finden sich in neuen Verhältnissen schwer zurecht. Eines der häufigsten Symptome ist, dass sie im Hôtel oder im Krankenhaus sich über die Lage ihres Zimmers nicht mehr orientiren können, in falsche Corridore und Stuben gerathen. Selbst in den Strassen ihrer Heimatstadt verlaufen sie sich und finden sich nur mühselig, auf Umwegen wieder in ihre Wohnung zurück.

Diese Erscheinungen treten nur bei Fällen mit initialen maniakalischen Exaltationszuständen zurück und werden dann durch eine übersprudelnde Geschwätzigkeit und sinnlose Geschäftigkeit verdeckt. Hier wird aber der beginnende geistige Verfall durch den Inhalt der reproducirten schwachsinnigen, phantastisch aufgeputzten Vorstellungen offenkundig.

Die differentielle Diagnose der Paralyse gegen die Manie ist relativ leicht, wenn wir bedenken, dass reine, uncomplicirte Manie in dem Alter von 30—45 Jahren, d. h. derjenigen Altersperiode, welche der Paralyse vornehmlich zufällt, äusserst selten ist.

In vielen Fällen wird die maniakalische Erregung rein und echt erscheinen; trotzdem wird, falls durch die Vorgeschichte des Falles frühere analoge Erregungszustände oder ausgeprägt cyklische Geistesstörungen ausgeschlossen werden können, falls ferner Alkoholismus, der ähnliche Zustandsbilder zeitigt, ebenfalls fehlt, fast mit Sicherheit anzunehmen sein, dass der maniakalische Erregungszustand dem Initialstadium der Paralyse zugehört.

Forschen Sie genauer nach, so werden Sie Beweismaterialien genugsam finden, dass die scheinbar unvermittelte, acute Geistesstörung nur eine paroxystisch auftretende Weiterentwicklung der „prämonitorischen", als Vorläufererscheinungen von mir geschilderten centralen Erschöpfungszustände ist und den Beginn der Paralyse darstellt. Ist die syphilitische Infection nachzuweisen, so schwindet jeder Zweifel. Ich sagte vorstehend absichtlich, „falls Alkoholismus fehlt", denn es ist mir ein Fall unvergesslich, bei welchem die Diagnose grosse Schwierigkeiten bereitete.

Am 22. Februar 1893 wurde ein 40jähriger Kaufmann in die Klinik aufgenommen, der von mütterlicher Seite erblich belastet war. Der Patient hat sich geistig und körperlich normal entwickelt. Im Jahre 1882 oder 1883 inficirte er sich syphilitisch und wurde damals mit Sublimateinspritzungen behandelt. Er ist seit 7 Jahren verheiratet. Seine Frau abortirte im ersten Jahre der Ehe und gebar dann im Jahre 1891 ein schwächliches Kind, das einige Wochen nach der Geburt einen rothen Ausschlag durchgemacht hat. Patient soll früher arbeitsam, solid und kein Gewohnheitstrinker gewesen sein. Seit Herbst 1892 war er verstimmt, seit Weihnachten 1892 trat ein Umschlag in lebhaft heitere Stimmung ein. Zahlreiche Trinkexcesse. Seit 3 Wochen zunehmende Erregung, lautes renommirendes Sprechen; Streitsüchtigkeit, Aeusserungen von Grössenideen. Er sei der grossartigste Mensch, er wolle noch das Abiturientenexamen machen, um Doctor der Philosophie zu werden. Er hält sich für sehr reich. Er braucht rohe Ausdrücke und findet darin auf Vorhalt nichts Auffälliges. Er singt gewöhnliche Lieder, pfeift im Hause und geräth beim geringsten Widerspruch in heftige Zornparoxysmen. Der Schlaf ist oft unterbrochen. In ruhigen Zeiten klagt er über Mattigkeit. Appetit sehr gering. Bei der Aufnahme war er ausserordentlich erregt. Gesichtsausdruck heiter. Sehr gesprächig: Ich kann scharf denken, kann eine ganze Gesellschaft unterhalten; ich könnte jetzt alle Leute gern haben; mir ist sauwohl; ich muss blos einmal andere Menschen um mich sehen; in 8 Tagen gehe ich nach Leipzig auf die Messe; heute Abend gehen wir doch noch einmal aus zum Biere. Nachts unruhig, marschirte in der Stube umher, pfiff ein Liedchen.

Aus dem körperlichen Status hebe ich Folgendes hervor: Gesicht und Conjunctiva normal geröthet, Arterien nicht rigid. In der linken Inguinalgegend breite, lange Narbe. Grosse Narbe links vom Frenulum. Rechte Tibiafläche uneben. Eine pfennigstückgrosse Narbe 10 Cm. rechts vom Nabel. Urin sauer, eiweissfrei. Pupillen mittelweit, gleich; directe Lichtreaction beiderseits prompt und ausgiebig; indirecte: rechts normal, links weniger ausgiebig. Convergenzreaction normal. Stirn-, Augen- und Mundfacialis symmetrisch innervirt. Zunge gerade, ruhig vorgestreckt. Gaumenhebung symmetrisch. Leichter Tremor der gespreizten Hände. Kniephänomene beiderseits etwas gesteigert. Achillessehnenphänomene nicht erhältlich. Händedruck normal: dynamometrisch rechts 105, 110, links 110, 95. Gang normal. Kein Romberg. Stehen auf einem Bein sicher. Beinbewegungen nicht ataktisch, kräftig. Schmerzempfindlichkeit an den Unterschenkeln entschieden herabgesetzt, sonst normal. Spracharticulation intact bis auf ganz vereinzelte Consonantenversetzungen, Schrift nichts Ungewöhnliches.

23. März: Viel ausser Bett. Läuft im Hemd auf den Corridor. Trinkt viel Wasser. Will ins Weinhaus gehen. Verlangt 10 Mark. Will sich einen

Sommerhavelock und eine rothe Paschamütze mit blauer Quaste kaufen. Die Erregung dauert noch 3 Tage an. Er wird dann ganz ruhig, geordnet, hat eine relative Krankheitseinsicht, indem er zugibt, sehr erregt gewesen zu sein.

27. April: Achillessehnenphänomene ab und zu neuerdings erhältlich.

1. Mai: Auffällige Euphorie.

5. Mai: Beide Pupillen reagiren etwas träge.

12. Mai: Beim Sprechen starkes Tremoliren der Vocale und gehäufte Wortwiederholungen. Briefe nach Hause auffällig inhaltsarm, aber leidlich stilisirt.

16. Mai: Stärkere Hesitation beim Sprechen. Er verwechselt Namen. Gedächtniss für jüngst Vergangenes entschieden geschädigt.

Vom 24. März an wurde eine Inunctionscur mit Hg durchgeführt.

Patient, welcher noch im Frühjahr 1893 entlassen werden konnte, wurde am 22. Mai 1896 zum zweitenmale in die Klinik aufgenommen. Er hat seit seiner Entlassung sein Geschäft gut verwaltet und soll ganz geordnet gelebt haben. In den letzten Wochen war er gedrückt, still, menschenscheu. Seit einigen Nächten war er unruhig, schlaflos, die Erregung steigerte sich rasch und er trat freiwillig in die Klinik ein.

Status praesens: Pupillen weit, gleich, rundlich; Licht- und Convergenzreaction prompt und ausgiebig. Augenbewegungen frei. Stirnrunzeln annähernd symmetrisch. Mundfacialisinnervation links überwiegend. Spracharticulation: bei schwierigen Worten leichtes Hesitiren, Mitbewegung der Gesichtsmusculatur. Kniephänomene von mittlerer Intensität, beiderseits gleich. Achillessehnenphänomene: rechts von mittlerer Stärke, leicht erhältlich, links schwach. Ulnaris beiderseits etwas druckempfindlich. Schmerzempfindlichkeit überall gering. Localisationsfehler eher vergrössert. Mässiger statischer Tremor. Bei Dictatschreiben: „Konstinopel" statt „Konstantinopel". Wird aber beim Lesen sofort corrigirt. Leseverständniss intact. Die Erregung ist entschieden geringer, als bei der ersten Aufnahme. Er ist völlig klar und geordnet, kennt die Aerzte und Wärter von früher her bei Namen, erinnert sich an die frühere Krankheit, weiss Datum, Zeit und Umstände seiner Einlieferung. Gibt prompte Auskunft über seine Geschäftsverhältnisse. Er hat noch vor wenigen Wochen auf der Leipziger Messe seine Angelegenheiten vollständig correct besorgt.

Am 24. Mai: Stärkere Erregung. Auffallend heiter, lebhaft, gesprächig. Erklärt sich für gesund.

25. Mai: Plötzlicher Umschlag der Stimmung. Aengstlich. Respiration vertieft, beschleunigt. Unbestimmtes Angstgefühl.

8. Juni: Noch sehr ängstlich. Starker Schweiss. Hat eingenässt. Bei leichter Opiumbehandlung zunehmende Beruhigung.

7. Juli: Kniephänomene beiderseits erhalten, links spurweise überwiegend. Achillessehnenphänomene jetzt gleich, von mittlerer Intensität. Tremor manuum geschwunden. Mundfacialisinnervation fast symmetrisch; links beim Zähnefletschen leichter ermüdend. Rechenaufgaben werden ganz prompt gelöst.

21. Juli: Vollständig klare Krankheitseinsicht. Körperlicher Status: Nichts Abnormes, ausser leichtem Hesitiren bei schwierigen Worten.

Im Laufe der letzten Jahre erstattete der Hausarzt des Patienten regelmässig Bericht. Patient befindet sich andauernd vollständig gesund und arbeitsfähig. Irgend welche nervösen oder psychischen Störungen sind,

wie mir erst jetzt vor wenigen Wochen berichtet worden ist, nie wieder aufgetreten.

Im vorstehenden Falle kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, dass die psychischen Krankheitserscheinungen in allen einzelnen Zügen, sowohl hinsichtlich der Entwicklung, als auch des Symptombildes, zur Zeit der klinischen Behandlung vollständig mit dem Bilde der maniakalischen Exaltation der progressiven Paralyse übereinstimmten. Dazu kam die früher überstandene syphilitische Infection, das Lebensalter des Patienten; ferner konnten einzelne Innervationsstörungen, insbesondere der Sprache und der Sehnenphänomene, ebenfalls nur im Sinne der Paralyse gedeutet werden. Erst späterhin, nach dem zweiten Anstaltsaufenthalt, wurde mir bekannt, dass Patient von jeher beim raschen, lebhaften Sprechen eine explosive, leicht stotternde Spracharticulation gehabt hat. Der weitere Verlauf hat die anfängliche Diagnose nicht bestätigt. Wie ist der Fall zu deuten? Es wäre möglich, dass unsere ursprüngliche Diagnose trotz des seltsamen Verlaufes des Falles dennoch richtig ist, indem es sich um eine mit jahrelang dauernden Remissionen einhergehende Paralyse handelt, die späterhin wieder zum Ausbruch und zur Weiterentwicklung gelangen wird. Dass die progressive Paralyse bei dem Patienten besteht, ist selbstverständlich zunächst nur eine vage Vermuthung, die erst nach Jahren bestätigt oder widerlegt werden wird. Auffällig wäre, wenn wir an dieser Diagnose festhalten wollen, dass die Remissionen so lange dauernd und weitgehend sind, so dass von einer fast völligen restitutio ad integrum gesprochen werden muss. Die zweite Möglichkeit besteht darin, dass hier auf dem Boden der syphilitischen Durchseuchung sich eine functionelle Psychose in dem früher erörterten Sinne entwickelt hat, die sich klinisch als cyklische Psychose documentirt. Dabei ist ebenfalls der Verlauf ein ungewöhnlicher, indem die Krankheit anscheinend nach dem zweiten Cyklus zum Stillstand gelangt ist. Die dritte Möglichkeit, dass es sich um eine auf dem Boden des Alkoholismus entstandene circuläre Psychose gehandelt hat, wird durch die Anamnese nicht gestützt. Der Patient hat zur Zeit der Erregung Trinkexcesse begangen, die das Krankheitsbild complicirten (Tremor manuum, gesteigerte Sprachstörung, ethische Schädigung), aber nicht als Ausgangspunkt des Leidens bezeichnet werden können.

Ein solches Beispiel lehrt Ihnen am allerklarsten, wie vorsichtig wir mit der Diagnose sein müssen und dass selbst bei schulgerechter Entwicklung und Gruppirung der Symptome ein Irrthum nicht ausgeschlossen ist.

Schwierig gestaltet sich die Erkennung des Leidens auch dann, wenn sich dasselbe unter dem Bilde einer functionellen Nerven- oder Geisteskrankheit verbirgt, welche mit ausgeprägtester Hemmung der gesammten psychischen Vorgänge, Benommenheit, Unorientirtheit, hallucinatorischer Erregung einhergeht. Sind damit noch heftige motorische Entladungen verknüpft, so dass eine eingehendere somatische Untersuchung im Augenblick nicht möglich ist, und weist die Anamnese zugleich nach, dass ausgeprägte Krampfanfälle in den letzten Jahren oder Monaten vorhanden gewesen sind, so können Verwechslungen stattfinden. Wir heben schon hier hervor, dass eine bestimmte Form der Paralyse (die meningitisch-hydrocephalische Form) unter Umständen für epileptische Geistesstörung gehalten werden kann. Aber auch die Verwechslung mit alkoholistischen

Geistesstörungen ist in diesem Stadium der Entwicklung sehr naheliegend, da ganz analoge Zustandsbilder (traumhafte Verworrenheit, motorische Erregung und Hallucinationen) auch hier vorkommen. Insbesondere die acut oder subacut verlaufenden Paralysen mit Incohärenz, Unorientirtheit, Jactation des Vorstellungsinhalts, Tremor, choreiformen Bewegungen bieten Veranlassung zu Verwechslungen mit den deliranten Zuständen des chronischen Alkoholismus. Auf die naheliegende Verwechslung mit melancholischen und hypochondrischen Stimmungsanomalien, die mit motorischer und psychischer Hemmung einhergehen, habe ich im Vorstehenden genugsam hingewiesen. Es erübrigt noch, darauf aufmerksam zu machen, dass hier die Erhebung der Anamnese am meisten zur Klärung des Falles beiträgt. Ist Lues mit Sicherheit auszuschliessen, kommen also die geschilderten Uebergangsbilder zwischen Syphilis des Centralnervensystems und Paralyse nicht in Frage, so neigt sich von vornherein die Waagschale zu Gunsten einfacher Neurasthenie. Auch die Fälle, in denen neurasthenische Krankheitsmerkmale sich bis in die Kindheit zurückverfolgen lassen oder in der Pubertätszeit eingesetzt haben, sprechen meist gegen die Entwicklung der Paralyse. Wir dürfen aber dabei nie vergessen, dass diese hereditär-constitutionellen Neurastheniker gegen die Paralyse nicht gefeit sind. Im Gegentheil muss die Heredität, wie schon aus den einleitenden Ausführungen erkennbar ist, als ein wesentlich begünstigender Factor für das Zustandekommen der Paralyse betrachtet werden. Wir haben stets zu berücksichtigen, dass ungefähr 40—50% der Paralytiker eine deutliche hereditäre Belastung besitzen.

Andere Schädlichkeiten als die Syphilis, vor allem der chronische Alkoholismus und Morphinismus, besitzen sicherlich ebenfalls eine grosse Bedeutung und erschweren die differentielle Diagnose, wenn sie sich der Neurasthenie hinzugesellen, da bei ihnen Schädigungen der intellectuellen Leistungen, insbesondere der höheren ästhetischen und ethischen Urtheilsbildungen und Gefühlsreactionen, in einer der Paralyse ganz ähnlichen Erscheinungsform vorkommen. Compliciren sich damit gewisse, durch die chronische Giftwirkung bedingte motorische und sensible Störungen, so kann die Unterscheidung im Initialstadium geradezu unmöglich werden. Besonders die Fälle mit alkoholistischer peripherer Neuritis (*Westphal*'sches Zeichen, Tremor, Ataxie, Sprachstörung) sind hierher zu rechnen.

Auch die traumatisch bedingten Neurosen und Psychosen, welche gelegentlich Zustandsbilder mit psychischer Depression, Abstumpfung der geistigen Vorgänge, Schwindel, Tremor zeigen, bieten differentiell-diagnostische Schwierigkeiten dar, die erst durch den weiteren Verlauf des Leidens beseitigt werden.

Klinisch besonders interessant sind die relativ selteneren Fälle, in denen die Paralyse unter dem Bilde einer Paranoia beginnt; sie geht dann mit systematisirten Wahnvorstellungen (Beeinträchtigungs-, Verfolgungs-, Grössenideen), unter Umständen auch mit hallucinatorischen Erregungszuständen einher. Hier hilft nur die genaueste Anamnese, insbesondere die Feststellung früherer syphilitischer Erkrankung und die gewissenhafteste körperliche Untersuchung.

Wir gehen damit auf die somatischen Krankheitszeichen der Paralyse über. Dieselben sind geradezu unerlässlich, um die Diagnose zu sichern. Einzelne derselben können die Syphilisneurasthenie compliciren, ohne

dass dadurch die Entscheidung des Krankheitsfalles schon sichergestellt wäre. Bevor ich auf ihre Schilderung eingehe, möchte ich Ihnen als die Quintessenz meiner Erfahrung hervorheben, dass das Initialstadium der Paralyse erst dann mit Sicherheit und unzweideutig erkannt werden kann, wenn die somatischen und psychischen Ausfallssymptome der Dementia paralytica gemeinschaftlich vorhanden sind. Ich hob schon früher hervor, dass Sie in allen Krankheitsfällen, bei denen Sie den Verdacht der Paralyse aus der Vorgeschichte und dem psychischen Verhalten schöpfen, die peinlichste körperliche Untersuchung vornehmen, insbesondere den genauesten Nervenstatus erheben müssen. Ich betonte, dass die Innervationsstörungen, welche Sie in diesem relativ frühen Entwicklungsstadium der Krankheit vorfinden, nur zu geringem Bruchtheil schon scharf ausgeprägt und unverrückbar feststehend sind, dass vielmehr die Mehrzahl derselben unbestimmt und hinsichtlich ihrer Intensität und Localisirung einem häufigen Wechsel unterworfen ist. Gerade diese noch weniger entwickelten Anzeichen bedürfen zu ihrer richtigen Würdigung und Erkenntniss einer grossen Uebung des Arztes. Es ist aber ausserdem nothwendig, dass Sie den Patienten längere Zeit unauffällig beobachten und seine Aufmerksamkeit möglichst wenig auf die Untersuchung lenken. Sie gehen am besten in der Weise vor, dass Sie sich dem Patienten gegenüber setzen, ihn seine Anamnese erzählen lassen und ihn dabei fortwährend auf das Genaueste beobachten. Sie werden dabei am besten über die Innervation seiner Gesichtsmuskulatur, über seine Augenbewegungen, Pupillenweite und insbesondere über seinen sprachlichen Ausdruck sich ein Bild machen können, an das sich dann erst die genauere Untersuchung des Falles anschliesst. Auf diese Weise vermeiden Sie, den Patienten durch die Untersuchung befangen zu machen, und können jene durch gesteigerte Affecte bedingten Hemmungen oder Steigerungen motorischer Innervationsvorgänge verhüten, die bei der Untersuchung der Neurastheniker und Hypochonder schon zu manchen Täuschungen Anlass gegeben haben. Ausserdem erwächst Ihnen der Vortheil, dass der Patient, der von dem Zweck Ihrer Untersuchung vorläufig nicht unterrichtet ist, sich nicht gewaltsam zusammennimmt und nicht für kurze Zeit durch erhöhte Willensanstrengung Krankheitserscheinungen unterdrückt, die er sonst darbietet, z. B. leichten Tremor, fibrilläre Zuckungen, Geh- und Sprachstörungen. Halten Sie daran fest, dass in allen derartigen Fällen eine kurze flüchtige Sprechstundenuntersuchung nicht genügt, dass Sie sich eingehend und in wiederholten Untersuchungen und Unterredungen über den psychischen und körperlichen Zustand des Patienten unterrichten müssen, bevor Sie sich ein endgiltiges Urtheil gestatten. Bei der genaueren Besprechung der körperlichen Symptome knüpfe ich an die Untersuchung des erwähnten Gerichtsbeamten an. Ich will dabei denselben Weg einschlagen, den Sie bei Ihrer späteren ärztlichen Thätigkeit am besten verfolgen. Eine Gruppe von Cardinalsymptomen können Sie dabei einer anderen von mehr nebensächlichen Symptomen gegenüberstellen. Die Cardinalsymptome sind: I. Störungen der Pupillarreaction, II. Störungen der mimischen Gesichtsinnervation, der Sprache und Stimme und III. Störungen der Sehnenphänomene.

I. Bemerken Sie bei unserem Patienten: Die Augenbewegungen sind frei und ruhig, die rechte Pupille ist bei paralleler Augenstellung und

gleicher Belichtung enger, als die linke. Die Lichtreaction ist dabei links prompt und ausgiebig, während sie rechts träge und sehr wenig ausgiebig ist. Die Convergenzreaction ist beiderseits vollständig normal. Lassen Sie uns bei diesen Augensymptomen etwas länger verweilen, da mir meine Lehrthätigkeit seit einer Reihe von Jahren die Ueberzeugung gegeben hat, dass die genaue Beobachtung und richtige Beurtheilung dieser Störungen vielfach gerade im Initialstadium der Paralyse dem Anfänger die grössten Schwierigkeiten bereiten. Zuerst müssen Sie feststellen, ob durch früher überstandene Augenerkrankungen, insbesondere durch Iritiden oder durch Augenverletzungen, die Beschaffenheit der einen oder der beiden Pupillen nicht schon früher krankhaft gewesen ist; ob die Pupillen sowohl hinsichtlich der Form, als auch der Weite und der Reaction Störungen dargeboten haben; ferner ob durch Einwirkung von Arzneimitteln (innerlich oder äusserlich), z. B. durch Opium, Morphium, Atropin, Eserin, innerhalb kurzer Zeit vor der Beobachtung die Pupillarreaction eine künstliche Abänderung erfahren hat. Dabei müssen Sie immer dessen eingedenk sein, dass Differenzen der Pupillenweiten auch bei Individuen vorkommen, die keinerlei Zeichen eines organischen Nervenleidens darbieten.* So finden Sie angeborene Asymmetrie der Pupillenweite, besonders in Verbindung mit ausgeprägten Asymmetrien der Gesichtsschädelentwicklung oder der Facialisinnervation, oder endlich in Verbindung mit unregelmässiger Fleckung oder ungleichartiger Färbung der Iris. Es ist dann der Schluss gestattet, dass diese Ungleichheit der Pupillenweite (bei völlig normaler Pupillarreaction) ein Zeichen der gestörten bilateral-symmetrischen Entwicklung ist (Degenerationszeichen). Sie wissen aus der Klinik, dass diesen Degenerationszeichen nur dann ein gewisser ätiologisch-klinischer Werth beigemessen werden darf, wenn sie in grösserer Zahl bei ein und demselben Individuum sich vorfinden und wenn auch auf psychischem Gebiet die Züge einer krankhaften Entwicklung erkennbar sind. Für die Feststellung der Diagnose der Paralyse besitzen die Degenerationszeichen keinen Werth. Viel häufiger werden Sie bei den verschiedensten sogenannten functionellen Nervenleiden (Neurasthenie, Epilepsie, Migräne) einer geringfügigen und in ihrer Intensität sehr schwankenden Pupillendifferenz begegnen, die höchst wahrscheinlich auf functionelle Störungen im Gebiete des Sympathicus zu beziehen ist. Auch sie ist für die Diagnose der Paralyse belanglos, so lange keine Störungen der Lichtreaction nachweisbar sind. Das Gleiche gilt von den individuellen Schwankungen der absoluten Pupillenweite. Abnorme Weite der Pupillen finden Sie bei anämischen, nervös erschöpften Personen, sowie bei der Hysterie sehr häufig. Abnorm verengte (stecknadelkopfgrosse) Pupillen sind, wenn wir von Arzneiwirkungen, z. B. bei Morphium, absehen, ausserordentlich selten. Wenn sie aber auftreten, so erwecken sie meist den Verdacht, dass sie Frühsymptome der Paralyse sind. In solchen Fällen werden Sie besonders genau die Lichtreaction zu prüfen haben.

Sie sehen aus diesen Vorbemerkungen, dass das Hauptgewicht auf die Feststellung der Lichtreaction zu legen ist. Es entspringt dies der Erfahrung, dass die reflectorische Pupillenstarre eines der häufigsten und sichersten Frühsymptome der progressiven Paralyse ist. Dasselbe besteht

* Die Prüfung erfolgt selbstverständlich bei mittlerer Stärke diffusen Tageslichts und bei gleicher Belichtung beider Augen.

darin, dass die Pupillen sich bei Lichteinfall gar nicht (oder im Beginne dieser Störung) nur unvollständig verengern, während die Verengerung bei Accommodation und Convergenz der Augenachsen ungeschädigt ist. Wie Ihnen aber der heutige Krankheitsfall zeigt, entwickelt sich diese Pupillenstörung durchaus nicht auf einmal, gewissermaassen über Nacht, vielmehr vollzieht sie sich äusserst langsam, und was in dieser Hinsicht das Wichtigste ist, auf beiden Augen ungleich. Das Vorstadium der reflectorischen Pupillenstarre ist die Pupillenträgheit, und zwar sowohl hinsichtlich der Ausgiebigkeit, als auch der Raschheit der reflectorischen Pupillarreaction. Auch müssen Sie mit der Thatsache rechnen, dass in den ersten Anfängen des Leidens diese Störungen der Pupillarreaction bezüglich ihrer Intensität grossen Schwankungen unterworfen sind, indem bald das eine, bald das andere Auge das Symptom der Pupillenträgheit in verschiedener Intensität darbietet; zu anderen Zeiten dagegen kann selbst bei sorgfältigster Untersuchung ein eindeutiges Urtheil nach dieser Richtung hin nicht gewonnen werden. Ferner ist zu beachten, dass sowohl die Ausgiebigkeit, als auch die Promptheit der Pupillarreaction auch beim Gesunden die weitgehendsten individuellen Verschiedenheiten darbietet. Während jugendliche, leicht erregbare (nervöse) Menschen die ausgiebigste und rascheste Reaction zeigen, besonders wenn die absolute Pupillenweite eine sehr grosse ist, besitzen andere schon in den mittleren Lebensjahren bei sonst völlig intacter Gesundheit eine wenig ausgiebige Pupillarreaction, wenn nur bei diffusem Tageslicht geprüft wird. Ich rathe Ihnen, weniger auf die Ausgiebigkeit, als auf die Raschheit der Pupillarreaction das Hauptgewicht zu legen. In fortgeschrittenen Lebensjahren — schon jenseits des 45. — beginnt die Pupillarreaction überhaupt weniger ausgiebig und auch langsamer zu werden. Ich habe dies vornehmlich bei Männern beobachtet, die starke Raucher sind, oder ganz regelmässig erheblichere Dosen von Alkohol zu sich nehmen, ohne im gewöhnlichen Sinne des Wortes Trinker zu sein. Es lässt sich deshalb aus einer auf beiden Augen gleichmässig vorhandenen geringen Trägheit der Pupillarreaction ein sicherer Schluss auf Paralyse nicht ziehen. Sie werden jetzt begreifen, warum ich oben den Ausdruck „eindeutiges Urtheil" gebraucht habe.

Ist aber die Pupillarreaction auf beiden Augen verschieden, dann gewinnt die Pupillenträgheit eine grössere Bedeutung und wird, falls noch andere erhebliche Verdachtsmomente für die Entwicklung der Paralyse vorliegen, schwerer ins Gewicht fallen. Findet sich einseitige totale reflectorische Pupillenstarre, so halte ich die Diagnose eines organischen Gehirn-, respective Rückenmarksleidens für ebenso gesichert, als wenn dieselbe doppelseitig vorhanden ist. Ich halte an dem in meinem Lehrbuche der Neurasthenie ausgesprochenen Grundsatze fest, dass die reflectorische Pupillenstarre bei functionellen Nervenleiden nicht vorkommt. Ich habe aber auch schon dort auf die Schwierigkeiten aufmerksam gemacht, welche der Diagnostik aus der Verbindung abgelaufener umschriebener organischer Läsionen des Centralnervensystems mit der Neurasthenie entspringen, und habe Fälle citirt, in welchen als Residuum der vor vielen Jahren abgelaufenen syphilitischen Processe die reflectorische Pupillenstarre neben der Neurasthenie vorhanden war.

Also kann auch dies Symptom für sich allein bestehend die Diagnose der progressiven Paralyse nicht mit absoluter Sicherheit gewährleisten.

Dasselbe erweckt nur den Verdacht auf Paralyse und, wie ich gleich hinzufügen will, auf Tabes incipiens. Schliesslich dürfen wir nicht übersehen, dass auch andere organische Erkrankungen des Centralnervensystems, vor allem die multiple Sklerose, sodann gewisse Herderkrankungen (Tumoren, Blutungen, Erweichungsherde) Pupillenträgheit und -starre aufweisen können. Ebenso Intoxicationen mit Alkohol, Morphium, Blei; hier ist aber bemerkenswerth, dass sich die Augenstörungen wieder verlieren, wenn die Giftwirkung beseitigt wird.

Nachdem wir so die diagnostische Bedeutung dieses Symptoms genauer erörtert haben, bitte ich Sie, unter meiner Leitung eine Reihe paralytischer Patienten auf etwa vorhandene Pupillarstörungen zu prüfen. Wir benützen hierzu bei diesem hellen Sommertage das diffuse Tageslicht. Auf die Fehlerquellen, welche durch ungleiche Belichtung beider Augen von vornherein entstehen müssen, habe ich schon früher hingewiesen. Ich bitte Sie, bei der Ausführung der Augenprüfung immer in ganz bestimmter und gleichmässiger Art vorzugehen. Um Convergenz- und Accommodationsreactionen ausschliessen zu können, veranlassen Sie den Patienten, mit parallel gerichteten Augenachsen starr geradeaus zu sehen. Sie bezeichnen ihm am besten einen fernliegenden Punkt zur Fixation. Mit der einen Hand verdecken Sie ihm das eine Auge vollständig, aber ohne Druck auszuüben, während Sie den kleinen Finger der anderen Hand am oberen Orbitalrand des zu untersuchenden Auges fest anlegen und mit der Hohlhand das Auge gegen die Lichtquelle abschliessen. Sie heben dann mit dem Daumen, ohne einen Druck auf den Bulbus auszuüben, das obere Augenlid leicht hoch und beobachten die Pupillarweite bei beschattetem Auge vom inneren Augenwinkel her. Durch Drehung der Hand nach oben ist es ein Leichtes, die Pupille freizulegen und das Licht einen Augenblick einwirken zu lassen. Sie constatiren dann die eintretende oder ausbleibende Lichtreaction und beschatten hierauf sofort wieder, um die nachfolgende Erweiterung controliren zu können. Diese Prüfung wiederholen Sie mehrmals in kurzen Zwischenräumen, bis Sie sich ein genügendes Urtheil gebildet haben. An trüben Tagen ist es, um zu einem bestimmten Urtheil zu gelangen, unerlässlich, die Untersuchung im Dunkelzimmer mit künstlicher Lichtquelle mittels einer Sammellinse zu wiederholen.

Dieser Untersuchung schliessen Sie dann sofort die Prüfung auf Accommodations- und Convergenzreaction an, indem Sie eine Fingerkuppe Ihrer Hand von dem Patienten fixiren lassen und dieselbe langsam gegen die Nasenwurzel des Patienten hinbewegen. Auch diesen Versuch haben Sie mehrfach zu wiederholen, um die wechselnde Verengerung und Erweiterung der Pupillen feststellen zu können. Ergänzt wird die Prüfung der Pupillarreaction durch die indirecte oder consensuale Lichtreaction, welche dadurch entsteht, dass bei Belichtung des einen Auges sich auch die Pupille des anderen Auges verengt. Das Ausfallen der indirecten Lichtreaction ist häufig das erste Zeichen der beginnenden reflectorischen Pupillenträgheit, respective -starrheit.

Aus Zweckmässigkeitsgründen verbinden wir mit diesen Uebungen, welche behufs Prüfung der Pupillarreaction angestellt werden, die Untersuchung der Augenbewegungen, um zugleich Störungen in der Innervation der äusseren Augenmuskeln ermitteln zu können. Unter den 5 Kranken, die ich zu diesen Uebungen beordert habe, wird Ihnen der vierte Patient

hierbei sofort auffallen, bei dem das linke Auge einen deutlichen Strabismus convergens darbietet. Sie sehen aus der Anamnese, dass der 40jährige Patient sich vor 10 Jahren syphilitisch inficirt hat und vor 8 Jahren eine Abducenslähmung des linken Auges durchgemacht hat. In den folgenden Jahren soll er sich körperlich und geistig vollständig gesund befunden und seine Berufsgeschäfte tadellos ausgeführt haben. Seit einem halben Jahre klagt er über Abnahme des Gedächtnisses, Schwindelempfindungen, rheumatoide Schmerzen in den unteren Extremitäten, Stolpern im Dunkeln. Seiner Ehefrau war seit 4 Monaten eine Aenderung seines Charakters bemerkbar, indem der früher gleichmässig ruhige, ordnungsliebende, gewissenhafte Mann eine erhöhte Reizbarkeit mit jähem Stimmungswechsel zeigte, gedankenlos vor sich hin träumte, in Gesellschaften schlief und seine Berufsgeschäfte schliesslich nicht mehr ausführen konnte. Er verlor häufiger Geld, machte unzweckmässige Einkäufe, z. B. kaufte er für 4000 M. eine grössere Zahl künstlerisch werthloser Bilder, für 100 M. Kinderschuhe. Er begab sich freiwillig zur Behandlung seiner „Nervenschmerzen“ — seine geistige Veränderung ist ihm selbst nicht aufgefallen — in die Klinik. Sie finden auf dem rechten Auge eine absolute Pupillenstarre, links eine ausgesprochene Pupillarträgheit und ausserdem die jetzt noch nachweisbare Parese des linken Abducens. Es gelingt dem Patienten, bei der Blickrichtung nach links das linke Auge bis nahezu zum äusseren Winkel zu bringen; es treten dabei aber nystagmusartige Bewegungen auf. Bei Ruhestellung des Auges, respective beim Versuch, einen fernen Punkt zu fixiren, schnellt das linke Auge dem inneren Augenwinkel zu. Es treten auch undeutliche, in der Entfernung von zwei Fingern nebeneinanderstehende Doppelbilder bei Augenbewegungen nach links auf. Ich möchte Sie noch darauf aufmerksam machen, dass diese Augenmuskelprüfungen in Fällen, in welchen es sich anscheinend um Paralyse handelt, nicht verabsäumt werden dürfen. Aber auch die Prüfung der Sehschärfe haben Sie vorzunehmen, denn Sie werden später sehen, dass bei der Gruppe der Taboparalytiker die Opticusatrophie gar nicht selten vorkommt.

II. Störungen der mimischen Gesichtsinnervation, der Sprache und Stimme. Es handelt sich hier im Initialstadium der Paralyse um motorische Störungen, welche durch ihre Unvollständigkeit und durch ihre wechselnde Localisation und Intensität die grössten diagnostischen Schwierigkeiten darbieten können. Denn es liegen keine groben, augenfälligen Lähmungserscheinungen bei den Patienten vor, sondern feine Coordinationsstörungen, welche wenigstens in diesem Stadium der Erkrankung nur selten (als Folgeerscheinung paralytischer Anfälle) zur Schädigung einfacher isolirter Muskelbewegungen führen. Dieselben können vielfach erst dann erkannt werden, wenn zusammengesetzte Bewegungsformen ausgeführt werden, welche ein fein abgestuftes Zusammenwirken und eine gesetzmässige, streng geordnete Aufeinanderfolge der Thätigkeit einzelner in den verschiedensten Innervationsgebieten gelegener Muskeln, respective Muskelgruppen erfordern. Diese Coordinationen finden in den motorischen Grosshirnrindenbezirken statt und sind von den verschiedensten Einwirkungen schon beim gesunden Menschen beeinflussbar, vor allem von Affecterregungen und von geistiger und körperlicher Ermüdung. Sind diese Coordinationsstörungen also nur in geringerem Maasse ausgeprägt und von flüchtiger Beschaffenheit, betreffen sie Menschen, die schon früher leicht

erregbar waren und unter dem Einfluss von Affectsteigerungen Störungen der motorischen Innervation dargeboten haben, so ist ihr diagnostischer Werth ein geringer, wenn andere paralytische Krankheitserscheinungen fehlen. Der Fall des Kaufmannes, den ich früher skizzirt habe, zeigt Ihnen am deutlichsten, wie irreführend diese Gruppe von Krankheitssymptomen sein kann. Nach diesen Vorbemerkungen kehren wir zur Untersuchung unseres Patienten zurück. Betrachten wir zuerst die Innervation der Gesichtsmuskulatur: Stirnrunzeln (im Stirnfacialisgebiet) erfolgt symmetrisch. Die rechte Nasolabialfalte ist etwas flacher, als die linke. Bei mimischen Bewegungen, sowie bei den Lippenbewegungen während des Sprechens überwiegen diejenigen der linken Gesichtshälfte. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zeigt aber stark wälzende und zuckende Bewegungen. An der Spitze der Zunge sehen Sie vereinzelt feinere Zitterbewegungen. Die Hebung des weichen Gaumens ist symmetrisch und ausgiebig. Lassen Sie in raschem Wechsel den Mund öffnen und schliessen, die Oberlippe hochziehen, die Zähne fletschen, den Mund spitzen, die Lippen rüsselartig vorstrecken (am besten im Anschluss an das Aussprechen eines langgedehnten O), so bemerken Sie nach wenigen Uebungen, dass sich in der rechten Oberlippe feinste, fibrilläre Zitterbewegungen in die Bewegungen einschieben und ihnen nachfolgen. Werden die Uebungen 1—2 Minuten lang fortgesetzt, so wird die Parese des rechten Mundfacialis deutlicher durch leichtes Herabhängen des Mundwinkels und Tieferstehen der Nasolabialfalte. Bitte, beachten Sie bei allen diesen Prüfungen die Beschaffenheit der Zähne. Oft wird ein leichtes Herabsinken des Mundwinkels und ein Verflachen der Nasolabialfalte dadurch hervorgerufen, dass in der einen oder anderen Mundhälfte ein oder mehrere Oberzähne fehlen. Auch müssen Sie immer, wenn Ungleichheiten der mimischen Innervation bei Ruhestellung des Gesichtes in Frage kommen, an angeborene Asymmetrien der Facialisinnervation denken. Hier wird Sie nur die genaueste Erhebung der Anamnese vor Irrthümern schützen. Wenn es sich dagegen um erworbene pathologische Innervationsvorgänge im Sinne paralytischer Coordinationsstörungen handelt, so wird dies, wie gesagt, erst bei feineren coordinirten Bewegungen erkannt und durch das Hinzutreten fibrillärer Zuckungen in den paretischen Muskeln sichergestellt. Sie haben vor allem auf den M. levator labii sup. alaeque nasi und auf den M. quadratus menti zu achten. Aber auch hier müssen Sie sich immer fragen, ob es sich nicht um motorische Entladungen pathologischer Affecte in diesem Muskelgebiet handelt, oder ob Sie nicht einen Alkoholisten vor sich haben, bei dem die mimischen Innervationen ganz analoge zitternde und vibrirende Bewegungen im Gebiete der einen oder beider Gesichtsfaciales auslösen können. Da sich nun sowohl labile gesteigerte Affecte im Beginne der Paralyse sehr häufig vorfinden, als auch Alkoholexcesse vom beginnenden Paralytiker recht häufig begangen werden, so kommen die mannigfachsten Mischbilder vor, welche es geradezu unmöglich machen, die diagnostische Bedeutung dieser Reizerscheinungen klar zu stellen.

Viel gravirender sind die Störungen der Sprache. Denn die coordinirten Bewegungen der Kehlkopf-, Lippen-, Zungen- und Gaumenmuskeln, welche schon beim Aussprechen eines einzelnen Buchstabens (Litteralcoordination), noch mehr bei der Verbindung der Buchstaben zur Silbe (Syllabarcoordination) und endlich bei der Verbindung der Silben zum Worte (Verbal-

coordination) nothwendig sind, beanspruchen ein so mannigfaltiges und fein gegliedertes Zusammenwirken corticaler Erregungen im Gebiete der motorischen Sprachregion, dass schon die ersten Anfänge von Störungen dieser Coordinationen dem sachkundigen Untersucher auffällig werden. Freilich gilt auch hier der Satz: Je feiner das Instrument, desto empfindlicher ist es gegen schädigende Einflüsse aller Art. So erklärt es sich, dass schon bei geringfügigen Abweichungen von der geordneten psychischen Thätigkeit, z. B. infolge von Gemüthsbewegungen oder geistiger Ermüdung oder infolge von Giftwirkung verschiedenster Art (Alkohol, Morphium etc.) sich Störungen der Sprache bemerkbar machen können. Sowohl Ton- und Klangfarbe, als auch litterale, syllabäre und verbale Coordinationen zeigen dann die mannigfachsten Störungen in zahllosen Abstufungen. Ausserdem haben wir aber in jedem einzelnen Falle jene dysphasischen und dysarthrischen Krankheitserscheinungen, die als Stammeln und Stottern zusammengefasst werden (spasmodische und paralytische Fehler der Lautbildung, *Kussmaul*), zu berücksichtigen. Dieselben stellen sich bei neuropathischen Individuen, besonders in der Kindheit und in der Pubertätsentwicklung, ein und bleiben in mehr oder weniger ausgedehntem Maasse auch späterhin bestehen. Erst nachdem wir alle Fehlerquellen der klinischen Untersuchung durch genaue Erhebung der Anamnese ausgeschaltet haben, werden wir die Bedeutung einer scheinbar noch so leichten Sprachstörung für die Diagnose der Paralyse vollauf würdigen können. Man unterscheidet bei der paralytischen Sprachstörung drei Gruppen krankhafter Erscheinungen:

1. die einfache litterale Coordinationsstörung beim Aussprechen von Consonanten, welche den Anfang von Worten oder auch nur von Silben darstellen. Die Sprache erhält dadurch etwas Stockendes, Zögerndes, Abgerissenes (Hesitation);

2. eine Art ataktischer Aphasie, die sich in der Versetzung, im Verschleifen und Auslassen, in der Wiederholung einiger Consonanten kundgibt (Brrigrade statt Brigade, Dampfffschlifffpfahrt statt Dampfschifffahrt);

3. die gleiche ataktische Aphasie in Beziehung auf ganze Silben, z. B. Dampfffschepschart statt Dampfschiffschleppschifffahrt. Die beiden letzteren Aphasieformen zusammengenommen bedingen die klinische Erscheinung des Silbenstolperns. Die ersten Anfänge der paralytischen Dysphasie machen sich in Zeiten der geistigen und körperlichen Ermüdung geltend und unterscheiden sich von den auch bei Gesunden als Ermüdungsphänomene zu beobachtenden analogen Störungen nur durch ein häufigeres und intensiveres Auftreten. Auch ist die Steigerung der Störung durch geringfügige Affecterregungen ein sehr wichtiges Krankheitszeichen. Nach einiger Uebung werden Sie bei längerer Unterhaltung, schon während der Patient Ihnen seine Krankengeschichte vorträgt, auf einzelne dieser Sprachfehler aufmerksam werden. Auch dann, wenn Sie den Kranken ein Gedicht recitiren oder etwas aus der Zeitung vorlesen lassen, werden Sie diese Sprachfehler leicht erkennen können. Ich lege auf diese Formen der Beobachtung einen viel grösseren Werth, als auf das Vorsprechenlassen sehr complicirter, schwieriger Wortzusammenstellungen, von denen die „dritte reitende Artilleriebrigade" die gebräuchlichste ist. Empfehlenswerth ist ausserdem: „Dampfschiffschleppschifffahrt" und „Infanteriereserveübung". Bei all diesen Sprachproben merkt der Kranke die Absichtlichkeit und wird leicht geängstigt und erregt. Es

summirt sich dann die Affectstörung zu der einfachen paralytischen Sprachstörung hinzu. Sehr häufig ist dem Patienten auch die Bedeutung einer solchen Sprachprüfung schon bekannt und gibt gerade in zweifelhaften Fällen, z. B. bei Neurasthenikern und Hypochondern, dem Gedanken, Paralytiker zu sein, neue Nahrung. Es kann dann das durch die Krankheitsvorstellung verursachte Furchtgefühl schwerste Hesitation und Silbenstolpern bewirken und den Untersucher auf eine falsche Fährte führen. Auch treffen Sie auf Kranke, die schon vordem in gleicher Weise von anderen Aerzten geprüft worden sind und die sich auf diese Exercitien schon vorbereitet haben. Sie werden dann bemerken, dass die Patienten die Stichworte mit auffälliger Geläufigkeit reproduciren, während sie bei anderen, oft viel leichteren Wortcombinationen Schiffbruch leiden. Seien Sie also in der Verwendung dieser Paradigmata für paralytische Sprachstörungen vorsichtig und schlagen Sie deren Werth nicht zu hoch an.

Die Störungen der Sprachcoordinationen werden bei einzelnen Kranken schon im Initialstadium verstärkt, indem auch bei den articulatorischen (wie bei den mimischen) Impulsen die vorstehend erwähnten fibrillären Zuckungen einzelner Muskelfasern und ausgedehntere Zuckungen ganzer Muskelbündel sich einstellen und dadurch die Sprache, besonders die Lippenlaute, einen eigenthümlich tremolirenden Charakter bekommen. Ich habe auf diese Störungen schon jetzt aufmerksam gemacht, obgleich sie Ihnen viel häufiger bei der voll entwickelten Paralyse begegnen. Denn es gibt eine Gruppe von Patienten, bei welchen die paretischen und Reizerscheinungen auf motorischem Gebiet allen anderen Krankheitserscheinungen vorauseilen können. Ich erinnere mich eines Patienten, der vor einer Reihe von Jahren mit seinem Hausarzt zu mir kam, um sich wegen seines Nervenleidens untersuchen zu lassen. Die Pupillarstörungen, die Parese des rechten Gesichtsfacialis, die zuckenden, stossenden Bewegungen der linksseitig paretischen Zunge, vor allem aber die hochgradige Hesitation und das ausgesprochene Silbenstolpern und Buchstabenversetzen liessen mir schon bei der flüchtigen Untersuchung keinen Zweifel darüber aufkommen, dass es sich im Hinblick auf die Anamnese des Patienten (luetische Infection, zwei paralytische Anfälle, Reizbarkeit, langsam fortschreitende Parese) um eine Paralyse handle. Bevor ich den Patienten genauer untersuchte, bat mich der College unter irgend einem Vorwand ins Nebenzimmer, um mir die Bitte vorzutragen, dass ich dem Kranken weder durch Miene, noch durch Worte verrathen möchte, was ich von seinem Krankheitszustand hielt; denn der Patient würde mich mit Scharfsinn und Ueberlegung während der weiteren Untersuchung beobachten, um sich aus meinem Verhalten ein Urtheil über meine Meinung bilden zu können. Der College fügte hinzu, dass der Patient trotz seiner ausgeprägten motorischen Paralyseerscheinungen geistig noch kaum geschädigt wäre. Patient neigte zwar zu grösserer Reizbarkeit, zu vermehrten Zornausbrüchen, klagte öfters über Ermüdung bei geistiger Arbeit, er leitete aber seine zahlreichen Unternehmungen noch ganz selbstständig, soweit ihm dies bei seinem äusserst undeutlichen sprachlichen Ausdruck noch möglich wäre. Selbstverständlich kam ich dem Wunsche des Collegen nach. Vier Wochen später endete der Patient durch Selbstmord, indem er sich von den Rädern einer Dampfmaschine zermalmen liess.

Auch auf die relativ selteneren Veränderungen der Stimme als Frühsymptom der Paralyse möchte ich Sie der Vollständigkeit halber aufmerk-

sam machen. Es liegen Beobachtungen vor, in denen schon frühzeitig eine tonlose, heisere, hohlklingende Stimme sich einstellte. In anderen Fällen trat ein eigenthümlich meckerndes Sprechen (Aegophonie) auf. In einem von *Westphal* erwähnten Falle verlor der Patient schon ganz im Beginne der Erkrankung seine schöne Tenorstimme.

Auf gleicher Linie stehen die Veränderungen der Schrift. Der Hausarzt des vorhin erwähnten Patienten mit der alten Abducenslähmung legte mir vier Schriftproben des Patienten vor, welche ein Gesuch um Enthebung vom Amte als Gemeinderath enthielten. Schon die Ueberschrift: „An den Herrn Vorsitzenden des Gemeinraths" war misslungen. Er schrieb: „An den Herrn Vorsittenden", „An den Herren den Vorsitzenden" und „An den Herrn Vorsitzender der Gemeinderath". Auch hier sind es vorwaltend Innervationsstörungen cortico-motorischen Ursprungs, unvollständige und fehlerhafte Coordinationen der Schreibbewegungen. Hierzu treten aber auch beim schriftlichen Ausdruck Auslassungen von Silben und Worten, die auf ein Herabsinken der geistigen Leistungsfähigkeit, insbesondere der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses bezogen werden müssen. Man kann gar nicht selten aus den Briefen, welche die Patienten an den Arzt richten, um sich zur Untersuchung anzumelden, schon die Vermuthung schöpfen, dass sie beginnende Paralytiker sind. Die unordentliche und unsaubere Art der Briefstellerei, zahlreiche Tintenklexe, ausgestrichene und verwischte Worte, hakige, abgerissene, zitterige Züge von ungleicher Grösse, Wiederholung von Worten und von Endsilben sind derartig typische Anzeichen der Krankheit, dass man nicht versäumen sollte, in allen zweifelhaften Fällen sich Schriftproben aus verschiedenen Zeitperioden, vor allem aus der jüngsten Vergangenheit zeigen zu lassen. Es ist dies natürlich nur bei gebildeten, an correcten Schriftausdruck gewöhnten Menschen von Bedeutung. Aber auch hier muss man sich vor Verwechslungen mit alkoholistischen Psychosen hüten, da bei diesen ganz ähnliche Störungen vorhanden sein können.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich Sie auch auf eine eigenthümliche Störung des Lesens aufmerksam machen, die ich gerade in diesen Tagen als ein Frühsymptom der paralytischen Erkrankung zu beobachten Gelegenheit hatte: Ein 48jähriger Gymnasiallehrer, welcher vor 20 Jahren syphilitisch inficirt gewesen war, erkrankte vor einem Jahr unter neurasthenischen Symptomen, unter denen Kopfdruck, hochgradige geistige Müdigkeit, schlechter Schlaf, Schwindelempfindungen am meisten hervortraten. Verschiedene Curen brachten keine dauernde Besserung. Patient stellte sich mir vor, um eine Verlängerung seines Urlaubs zu erreichen. Bei dieser Gelegenheit berichtete mir seine Frau — er lebt in kinderloser Ehe — dass ihr bei ihrem Manne in den letzten Monaten ein auffälliges Nachlassen des Gedächtnisses und eine hochgradige Gleichgiltigkeit gegen alle äusseren Vorgänge bemerkbar geworden sei. Er zeigte keine Liebe mehr zu ihr, kümmerte sich nicht mehr um seine Freunde und Verwandten, war nur immer mit sich und seiner Krankheit beschäftigt, konnte stundenlang unthätig, stumm vor sich hinstarren. Zeitweise sei er leicht ängstlich deprimirt und spreche die Befürchtung aus, seinen Verstand zu verlieren. Zu anderen Zeiten sei er heiter, unbesorgt, könne sich über die geringfügigsten Dinge unbändig freuen. Am auffälligsten sei es, dass der Patient, welcher gewohnt war, ihr Abends vorzulesen, jetzt nicht mehr dazu imstande sei;

er beginne wohl mit der Vorlesung, aber schon nach 5 Minuten werde das Vorlesen unverständlich, indem er ganz unsinnige Worte einschiebe, die, wie sie sich oft überzeugt habe, mit dem Inhalt der Lectüre in keinerlei Zusammenhang stehen. Patient selbst habe davon nichts bemerkt, bis sie ihn darauf aufmerksam gemacht habe. Seitdem vermeide er es, vorzulesen, mit der Begründung, dass ihn das zu sehr ermüde. Bei der Untersuchung klagte Patient nur über Kopfdruck, Unfähigkeit zu dauerndem Denken, allgemeine körperliche und geistige Schlaffheit. Pupillarreaction beiderseits prompt und ausgiebig, Kniephänomen links etwas gesteigert, keine Facialis- und Zungenparese, Sprache langsam, müde, tonlos, aber nicht paralytisch verändert. Auf psychischem Gebiet keine groben Intelligenzstörungen, keine erheblichen Erinnerungsdefecte. Patient ist zeitlich und örtlich völlig orientirt, hat erhöhtes Krankheitsgefühl mit (durchaus begründeter) Furcht, jetzt an den Folgen seiner früheren Syphiliserkrankung zu leiden und unheilbar zu werden.

Sie sehen, dass die differentielle Diagnose zwischen Syphilisneurasthenie und der paralytischen Erkrankung hier auf schwankenden Füssen steht. Im Hinblick auf die besondere paralytische Lesestörung ist nach meiner Ueberzeugung die Diagnose: Progressive Paralyse zu stellen.

III. Störungen der Sehnenphänome. Am bedeutsamsten ist das Verhalten der Kniephänomene. Ich vermeide den gebräuchlicheren Ausdruck Patellarsehnenreflexe; denn derselbe kennzeichnet, wie ich schon an anderer Stelle auseinandergesetzt habe, die physiologischen Vorgänge nur unvollständig, welche bei der Contraction des Quadriceps stattfinden. Dieselben beruhen in erster Linie auf der directen mechanischen Reizung der quergestreiften Muskelfasern. Weiterhin werden sie bestimmt durch den reflectorisch bedingten Spannungszustand des Quadriceps. Die centralen Mechanismen, welche diese Reflexthätigkeit vermitteln und unterhalten, sind bekanntlich im untersten Dorsal- und im obersten Lendenmark gelegen. Der dauernde und völlige Verlust des Kniephänomens, *Westphal*'sches Zeichen, kommt nur zustande, wenn der Reflexbogen selbst in toto oder in einzelnen Theilen zerstört ist. Es ist deshalb der dauernde Verlust des Kniephänomens eines der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale zwischen functionellen, d. h. ausgleichbaren und organischen Läsionen des Centralnervensystems.* Vorübergehende Aufhebung des Kniephänomens kann ja auch bei functionellen Nervenkrankheiten, z. B. nach dem epileptischen Anfall, als Zeichen schwerer nervöser Erschöpfung beobachtet werden. Finden wir aber bei einem unserer Patienten, bei dem der Verdacht auf Paralyse erweckt ist, das *Westphal*'sche Zeichen in völlig eindeutiger Weise, so ist dies eine der werthvollsten Stützen unserer Diagnose. Aber es ist nur eine beschränkte Zahl von Patienten, bei denen schon in den Anfangsstadien der Paralyse die Kniephänome ein- oder doppelseitig völlig geschwunden sind. In erster Linie kommen hier die Fälle in Betracht, in denen die Paralyse sich an eine schon bestehende Tabes anschliesst (Taboparalyse), sodann aber auch diejenigen, bei welchen schon in diesem frühen Entwicklungsstadium des Leidens ausser den de-

* Wir haben hier die anderen Ursachen des *Westphal*'schen Zeichens nicht besonders hervorgehoben, welche bei der Erhebung des allgemeinen Status praesens natürlich nicht ausser Acht gelassen werden dürfen (allgemeine Kachexie, periphere neuritische Processe nach Infectionen und Intoxicationen u. s. w.).

generativen Processen in der Grosshirnrinde sich analoge Degenerationsherde im Dorsal-, respective Lumbalmark entwickelt haben. Während in den ersteren Fällen die typische, systematische Hinterstrangerkrankung dem *Westphal*'schen Zeichen zu Grunde liegt, ist in den letzteren von einer solchen Ausdehnung und Anordnung des spinalen Krankheitsprocesses nicht die Rede. Wir werden im anatomischen Capitel sehen, dass bei der Mehrzahl der Paralytiker das Rückenmark in verschiedenster Localisation, Form und Ausdehnung mitbetheiligt ist. Das *Westphal*'sche Zeichen wird aber bei den atypischen, asystematischen Rückenmarksaffectionen nur dann vorhanden sein, wenn gerade jener Bezirk ergriffen ist, der den centralen Reflexmechanismus für das Kniephänomen enthält. Dies trifft meist nur für die fortgeschritteneren Stadien des paralytischen Krankheitsprocesses in ausgedehnterem Maasse zu, während im Anfang der Erkrankung selbst bei Betheiligung des Lumbal- und Dorsalmarks die Degenerationsprocesse in demselben in ihrer räumlichen Ausdehnung und in ihrer Vertheilung auf beide Rückenmarkshälften zu geringfügig und zu unregelmässig sind, um einen völligen doppelseitigen Verlust der Kniephänomene herbeizuführen. Wir finden deshalb im Initialstadium viel häufiger nicht einen völligen Verlust beider Kniephänomene, sondern nur eine Abschwächung derselben. Die diagnostische Verwerthung dieses Befundes kann recht schwierig werden. Um seine Bedeutung richtig zu würdigen, müssen Sie alle anderen Ursachen, welche ebenfalls das Kniephänomen herabmindern können, ausschliessen: atrophische Zustände der Quadricepsmuskulatur, frühere Verletzungen der Sehne, neuritische Processe, Giftwirkungen u. s. w. Sodann müssen Sie sich immer vergegenwärtigen, dass die Intensität der Kniephänomene sehr grossen individuellen Schwankungen unterliegt. Für eine organische Erkrankung spricht vor allem eine einseitige Abschwächung des Kniephänomens, wenn irgend welche peripherische Ursachen hierfür fehlen. Sie können, wenn Sie in der Lage sind, einen Patienten mit einem derartigen Befunde längere Zeit zu controliren, bei weiterem Fortschreiten der Krankheit verfolgen, dass aus dieser einseitigen Abschwächung des Kniephänomens allmählich das *Westphal*'sche Zeichen einseitig sich entwickelt und dass dann späterhin in gleicher Weise auch das andere Kniephänomen erlischt. Freilich geschieht dies gar nicht selten nicht in einer geraden Linie, sondern es finden sich zahlreiche Schwankungen in der Intensität des Kniephänomens vor, bald vorübergehende Besserungen, bald Verschlimmerungen. So können Sie gelegentlich beobachten, dass bald das eine, bald das andere Kniephänomen abgeschwächt erscheint; das schliessliche Endresultat des völligen Verlustes im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit wird trotzdem kaum ausbleiben.

Bezüglich der Technik der Prüfung des Kniephänomens will ich hier nur Folgendes hervorheben. Sobald es Ihnen unmöglich ist, ein Kniephänomen mittlerer Stärke bei dem Patienten zu erzielen, so haben Sie die Prüfung am entblössten Knie zu wiederholen. Der Fuss des Patienten muss vom Schuhwerk befreit sein, um eine abnorme Belastung des Unterschenkels zu vermeiden. Sie müssen sich genau über die Lage der Sehne durch Betasten orientiren. Ihre linke Hand ruht auf dem Quadriceps, um selbst die leiseste Contraction feststellen zu können. Die Aufmerksamkeit des Patienten muss durch anderweitige Dinge beschäftigt sein (indem Sie sich mit ihm über einen gleichgiltigen Gegen-

stand unterhalten) und sein Blick muss vom Knie abgelenkt werden. Sie haben selbstverständlich jede willkürliche Spannung der Quadricepsmuskulatur auszuschalten. Haben Sie unter Berücksichtigung dieser Cautelen das Fehlen oder eine sehr beträchtliche Abschwächung eines oder beider Kniephänome festgestellt, so empfiehlt es sich, zur Controle Ihres Befundes die Prüfung nochmals unter Anwendung der *Jendrássik*'schen oder *Schreiber*'schen Hilfsmittel vorzunehmen.

Viel häufiger als die Abschwächung, resp. das Fehlen, ist in den Anfangsstadien der Erkrankung die Steigerung der Kniephänomene. Der diagnostische Werth dieses Symptoms ist aber viel unsicherer, da bei den verschiedenen functionellen Nervenleiden, insbesondere bei der Neurasthenie und Hysterie, sehr erhebliche Steigerungen der Kniephänome beobachtet werden. Auch hier ist die Ungleichheit beider Kniephänome, also einseitige Steigerung viel bedeutender für unsere Diagnose. Verbindet sie sich mit ausgeprägten Spasmen in der betreffenden unteren Extremität und mit hochgradigem Dorsalklonus, so kann dieser Befund mit ziemlicher Sicherheit zur Stütze der Diagnose einer organischen Erkrankung des Centralnervensystems dienen. Dieser Befund deutet auf Krankheitsprocesse in der Pyramidenbahn, die oberhalb des unteren Dorsal-, respective Lumbalmarks gelegen sind, hin. Es steht dies mit den anatomischen Erhebungen im Einklang, welche recht häufig Degenerationsherde im Hals- und oberen Dorsalmark, im Gebiete der Pyramidenseitenstrangbahn, schon im frühen Stadium des Leidens nachgewiesen haben. Auch bei den Fällen mit combinirter Hinter- und Seitenstrangerkrankung geht im Initialstadium die Steigerung (ein- und doppelseitig) mit spastischen Phänomenen der Muskulatur dem Verluste der Kniephänomene vorauf.

Dem Kniephänomen steht an diagnostischer Bedeutung das Achillessehnenphänomen (Fussphänomen) am nächsten. Meine klinische Erfahrung hat mich genugsam Fälle kennen gelehrt, in welchen zuerst Abschwächungen und Aufhebungen des Achillessehnenphänomens constatirt werden konnten, während die Abschwächung und der Verlust der Kniephänomene bedeutend später erfolgte. Die Technik der Untersuchung ist auch hier nicht leicht. Sie haben die gleichen Vorsichtsmaassregeln zu befolgen, die ich vorhin beim Kniephänomen erwähnt habe. Die Steigerungen des Achillessehnenphänomens unterliegen ähnlichen diagnostischen Schwierigkeiten, wie diejenigen des Kniephänomens. Auch hier sind einseitige Veränderungen der Intensität werthvoller, als doppelseitige und werden durch einen ausgeprägten, starken Fussklonus besonders bedeutungsvoll.

Das Anconäussehnenphänomen steht in seiner Bedeutung dem vorigen weit nach. Doppelseitige Steigerungen desselben besitzen keinen wesentlichen diagnostischen Werth. Bei einseitiger Steigerung werden Sie immer an überstandene Hemiplegie zu denken haben, besonders wenn das gleichseitige Knie- und Fussphänomen ebenfalls gesteigert ist.

Hoffentlich ist es mir gelungen, die Trias der im Initialstadium auftretenden somatischen Cardinalsymptome genügend zu beleuchten. Es sind damit die Hilfsmittel der Diagnose keineswegs erschöpft, vielmehr erwächst mir die Aufgabe, Ihnen noch einige, freilich inconstante, Krankheitszeichen mitzutheilen, deren diagnostische Bedeutung recht häufig verkannt und unterschätzt wird. Es liegt dies vor allem daran, dass sie nur dann einen Wegweiser für die Diagnose darstellen, wenn

sie im Verein mit einem der vorstehend geschilderten Cardinalsymptome vorgefunden werden. Für sich allein bilden sie keine stricte Handhabe, um Erschöpfungs- und Ausfallssymptome mit Sicherheit auseinanderhalten zu können. Selbst der erfahrene Untersucher wird die Bedeutung einer solchen Krankheitserscheinung, die oft nur vereinzelt und rasch vorübergehend im Beginne der Krankheit vorhanden gewesen ist, erst dann in ihrer vollen Tragweite würdigen, wenn er in einem späteren Stadium der Krankheit gewissermaassen rückschauend sich die ersten Anfänge der Krankheit vergegenwärtigt.

Es gilt dies vor allem für die **paralytischen Anfälle**, deren Bedeutung auf der Höhe der Erkrankung kaum zweifelhaft sein kann. Sie kommen auch im Initialstadium des Leidens zur Erscheinung; dann sind sie aber fast durchwegs von einer so geringen Intensität und so flüchtig, dass sie sowohl von dem Patienten als auch von dessen Angehörigen theils übersehen, theils wegen ihrer scheinbaren Bedeutungslosigkeit bald vergessen werden. Sie treten am häufigsten unter dem Bilde vasomotorischer Störungen, oder als Migräneanfälle, oder als abortive Schwindelgefühle, oder endlich bei stärkerer Ausprägung als Anfälle von Bewusstlosigkeit, oder als leichte Apoplexien mit rasch vorübergehenden Lähmungserscheinungen auf. Ist bei den von diesen leichten Attaquen betroffenen Patienten eine syphilitische Infection durch die Anamnese festgestellt, so wird, so lange kein Intelligenzdefect (in dem früher erörterten Sinne) oder keines der 3 erwähnten Cardinalsymptome festzustellen ist, der Untersucher ebenso sehr an die Entwicklung einer syphilitischen Epilepsie (s. str.) oder an eine syphilitische Erkrankung einzelner Hirngefässe oder endlich an umschriebene gummöse Processe in den weichen Hirnhäuten denken dürfen, als an die Paralyse.

Lassen Sie mich noch einzelne Züge dieser paroxystischen Störungen, soweit sie als larvirte paralytische Anfälle des Initialstadiums in Frage kommen, in wenigen Sätzen beleuchten. Die vasomotorischen Störungen bestehen am häufigsten in plötzlich einsetzenden Congestionen zum Kopf mit momentaner Verdunklung des Bewusstseins, gelegentlich auch mit Flimmerskotom oder mit heftigem Ohrensausen verbunden. Bald schliessen sich brennende Empfindungen in der Haut der Extremitäten, unbestimmte Angstgefühle, Muskelunruhe, starkes Herzklopfen daran, bald klagen die Patienten über abnorme Kälte und Kribbelempfindungen in den Händen und Füssen (die Extremitäten blassen dann zugleich ab und sind kühl anzufühlen: peripherer Gefässkrampf); bald haben die Anfälle geradezu das Gepräge einer Angina pectoris vasomotoria mit ausstrahlenden Schmerzen im linken Schultergürtel und Arm. Ich erinnere mich des Falles eines an Paralyse zu Grunde gegangenen Officiers, bei dem viele Monate lang vor dem Ausbrechen der Erkrankung derartige vasomotorische Störungen als einziges Krankheitszeichen neben leichterer geistiger und körperlicher Ermüdbarkeit bestanden haben. Die Diagnose des behandelnden Arztes, eines anerkannten Neuropathologen, lautete auf vasomotorische Neurose.

Daran reihen sich die migräneartigen Anfälle, von denen die Augenmigräne mit Flimmerskotom die häufigste ist. Es sind aber nicht immer die typischen Anfälle (Flimmerskotom mit oder ohne laterale Hemianopsie, hemikranische Zustände, Uebelkeit, Erbrechen). Vielmehr zeigen sich oft nur einfache Flimmerskotome mit stechendem Augenschmerz

oder blitzartig auftauchende, leuchtende Zickzacklinien (in einem Gesichtsfelde oder in beiden) oder auch radiär strahlende, leuchtende Linien mit nachfolgender Verdunkelung des Gesichtsfeldes, ohne dass ein eigentlicher Migräneschmerz sich daran anschliesst. Vereinzelt findet man aber auch beim Studium der Anamnese paralytischer Kranker, dass ausgeprägte Anfälle complicirter Augenmigräne die Krankheit eröffnet haben. Mir selbst sind drei typische Fälle dieser Art bekannt. Einer der Patienten, ein Architekt, zeichnete in der Klinik die eigenartigen Lichtfiguren an die Tafel, die diese Anfälle eröffnet haben. Die Anfälle waren dem Ausbruch der vollen Krankheit in diesem Falle ein halbes Jahr voraufgegangen und hatten sich 3mal wiederholt.

Die schweren Anfälle von Augenmigräne zeichnen sich durch halbseitige Störungen der Sensibilität und Motilität, durch Störungen der Sprache und epileptiforme, mit Verdunkelung oder momentaner völliger Aufhebung des Bewusstseins einhergehende Krämpfe aus.

Ausser diesen larvirten paralytischen Anfällen des Initialstadiums bedürfen die einfachen, abortiven apoplekti- und epileptiformen Attaquen noch einer besonderen Erwähnung. Sie sind nur dann mit annähernder Sicherheit als paralytische Anfälle zu erkennen, wenn ein kürzer oder länger dauernder Bewusstseinsverlust, oder ein schweres, von Bewusstseinsverdunkelung begleitetes Schwindelgefühl mit motorischen Ausfallserscheinungen verknüpft ist. Auch wenn die Zuckungen oder Paresen sehr flüchtig sind, auch wenn es nur einzelne wenige Muskelgruppen sind, welche davon ergriffen werden: die ominöse Bedeutung des Krankheitsbildes ist dann nicht zu verkennen, wenn die Symptome bei Patienten in den mittleren Lebensjahren ganz unvermittelt aus scheinbar völliger Gesundheit heraus auftauchen.

Ein Patient kam, um ein Beispiel anzuführen, mit der Klage zu mir in die Sprechstunde, dass er in den letzten Wochen mehrfach eigenthümliche Zufälle gehabt habe. Plötzlich beim Schreiben habe er die Feder in der Hand nicht mehr gefühlt und die Herrschaft über die Bewegungen der Finger der rechten Hand verloren; dabei sei ein Gefühl von Schwindel aufgetaucht. Die Vorgänge hätten nur wenige Augenblicke gedauert. An Stelle der Buchstaben, die er gerade habe schreiben wollen, seien dann unregelmässige, zackige Linien gewesen. Eine andere Form dieser Zufälle habe darin bestanden, dass plötzlich der Daumen der rechten Hand mehrere zuckende Bewegungen machte, durch welche ebenfalls das Schreiben behindert wurde. Eine dritte Form solcher Zufälle war derart, dass Patient beim Treppensteigen plötzlich von einem Schwindel befallen wurde, so dass er sich am Treppengeländer festhalten musste. Zugleich hatte er das Gefühl, als ob der rechte Fuss in die Luft trete, trotzdem der Fuss auf eine Treppenstufe gesetzt wurde. Auch war es dem Patienten unmöglich, den rechten Fuss zu heben, da derselbe wie gelähmt war und „die Spitze desselben am Boden hängen blieb". Es habe mehrerer Minuten bedurft, bis er, Patient, diese Schwäche überwunden habe. Da der Mann 12 Jahre vorher syphilitisch inficirt gewesen war, so war es am nächsten liegend, anzunehmen, dass eine umschriebene syphilitische Gefässerkrankung in der motorischen Rindenregion zu diesen Reiz- und Ausfallserscheinungen geführt hatte. Patient machte auf meine Anordnung eine energische Schmiercur durch, nach welcher sich die Anfälle ein halbes

Jahr lang nicht mehr wiederholten. Dann kam Patient wieder zur Sprechstunde, klagte über Gedächtnissschwäche und erschwerte geistige Arbeit, besonders beim Rechnen. Es wurde damals eine Trägheit der Pupillarreaction rechts festgestellt. Ein halbes Jahr später wurde Patient in einem heftigen Erregungszustand mit blühendem Grössenwahn in die Klinik eingeliefert. Es bestanden jetzt doppelseitige reflectorische Pupillenstarre, deutlich hesitirende Sprache, rechtsseitige Facialisparese und erhebliche Abnahme der motorischen Kraft der rechten Hand, deutliche Coordinationsstörungen beim Schreiben und bei anderen feineren Fingerbewegungen. Nach $1^1/_2$ Jahren ging Patient unter gehäuften paralytischen Anfällen zu Grunde.

Dies Beispiel ist typisch für die Mehrzahl der hierher gehörigen abortiven paralytischen Anfälle des Initialstadiums. So lange keine anderen Krankheitszeichen mit Deutlichkeit nachweisbar sind, ist eine scharfe Trennung von den ganz gleichartigen Attaquen bei specifischer Erkrankung eines Hirngefässes fast unmöglich. Das Gleiche gilt von den vorübergehenden Anfällen motorischer und sensorischer Aphasie und Paraphasie, die entweder für sich allein, oder mit leichten Facialis- und Zungenparesen verbunden, sich im Beginn des Leidens einstellen. Wiederholen sich diese apoplekti- und epileptiformen Insulte mehrfach in den gleichen corticomotorischen Bezirken, respective in den ihnen zugehörigen Muskelgebieten, so sind sie fast immer von einer Parese in diesen Gebieten gefolgt, die nicht in einer erheblichen Abnahme der groben motorischen Kraft, vielmehr nur, wie dies der eben vorgetragene Krankheitsfall beweist, in einer Schädigung der feineren Coordinationen besteht. Man wird diese Coordinationen am besten prüfen, indem man complicirtere Bewegungen (auch hier sind, falls es sich um die rechte Hand handelt„ Schreibübungen sehr zweckmässig) mit und ohne Augenschluss ausführen lässt. Die früher geschilderten Paresen sind überwiegend Folgeerscheinungen dieser Anfälle, freilich ohne dass die Patienten sich dieses Zusammenhanges bewusst sind; denn meistens haben sie die Insulte wegen ihrer Geringfügigkeit und flüchtigen Dauer vergessen. Aber auch noch andere, nicht minder wichtige Begleit- und Folgeerscheinungen dieser paralytischen Anfälle sind im Initialstadium zu verzeichnen, nämlich eigenartige Parästhesien in bestimmten Gliedern, respective Gliederabschnitten, wie Kribbeln, Ameisenlaufen, Eingeschlafensein des Armes oder einzelner Finger der Hand u. s. w. Es ist hier naheliegend, an umschriebene Erkrankungsherde im oberen Scheitellappen zu denken.

Wir begegnen endlich ganz gemischten Bildern, in denen abnorme Sensationen mit Paresen und Convulsionen sich vorfinden. Sie bilden die Uebergänge zu den ausgeprägten paralytischen Anfällen, die zwar im Initialstadium seltener vorkommen, jedoch nicht ganz fehlen. Auch hier möchte ich Ihnen ein Beispiel anführen, das eine genauere Beschreibung der Anfälle selbst ersetzen kann.

Im Jahre 1892 wurde ein 36jähriger Kaufmann in die Klinik aufgenommen, der, aus erblich nicht belasteter Familie stammend, im dritten Lebensjahre einen vereinzelten Krampfanfall gehabt, späterhin aber körperlich und geistig eine völlig normale Entwicklung durchgemacht hatte. Er hat sein Jahr als Einjährig-Freiwilliger abgedient. Im 24. Lebensjahre verheiratete er sich, wurde Vater eines gesunden Kindes; ein anderes Kind starb $^3/_4$ Jahr alt an der „Ruhr“. Er war immer solid, vor allem kein Potator.

Im August 1891 erlitt er, ohne dass irgend welche ausgeprägte Krankheitserscheinungen voraufgegangen waren, anscheinend aus völliger Gesundheit heraus (syphilitische Infection bestreitet er aufs Entschiedenste) einen eigenthümlichen Anfall. 24 Stunden nach einer heftigen geschäftlichen Aufregung verlor er, während die Familie beim Mittagessen versammelt war, plötzlich die Sprache für 10 Minuten. Dabei konnte er seinen Arm nicht aufheben; auch „waren ihm die Hände wie steif". Seit dieser Zeit wurde eine geistige Veränderung bemerkbar. Er war erregter, reizbarer, zerstreuter, auch das Gedächtniss litt. Er machte eine sechswöchentliche Cur in einer Nervenheilanstalt durch, die ihm scheinbar eine ausgiebige Besserung brachte, und arbeitete in den folgenden Monaten ungestört und nach Angabe seines Vaters völlig correct im Geschäfte weiter. Am 19. Januar 1892 trat ganz unvermittelt ein zweiter Anfall auf, der von den Angehörigen geradezu als Schlaganfall bezeichnet wurde. Patient verlor das Bewusstsein für einige Minuten, war dann mehrere Stunden vollständig unfähig, zu sprechen und den rechten Arm zu bewegen. Sowohl die Sprachlosigkeit, als auch die Lähmungserscheinungen gingen in 24 Stunden vollständig zurück. Patient versuchte wieder im Geschäfte zu arbeiten, doch waren seine schriftlichen Leistungen unordentlich, seine Vergesslichkeit recht auffallend. Am 21. Januar wurde er sehr erregt, sprach unaufhörlich zusammenhangslos und machte heftige Bewegungen mit Armen und Beinen. Die Erregung dauerte $1^1/_2$ Tage. Sobald Patient transportfähig war, wurde er in die Klinik gebracht.

Status praesens:

24. Januar. Mittelgrosser Mann, $155^1/_2$ Cm. Ohrläppchen leicht angewachsen, Zunge stark belegt, Gaumennarbe links. Keine Drüsenschwellungen. Temporalarterie rechts etwas stärker geschlängelt und etwas rigid. Narbenverdächtige Stelle links vom Frenulum. Urin eiweissfrei, sauer. Pupillen etwas über mittelweit, rechts grösser als links. Leichter Strabismus divergens sinister. Pupillarreactionen intact. Nasolabialfalte links flacher. Linker Mundwinkel bleibt beim Sprechen und bei mimischen Bewegungen etwas zurück. Zunge spurweise nach links abweichend. Leichter, unregelmässiger Tremor der gespreizten Hände. Keine Ataxie. Geringe Steigerung der Kniephänomene und Achillessehnenphänomene. Gang spurweise nach rechts überhängend. Feinste Berührungen werden an dem Rumpf und den Extremitäten nicht empfunden. Ausgeprägte allgemeine Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit. Beim unbefangenen Sprechen häufig Hesitation, beim Nachsprechen schwerer zusammengesetzter Worte nur geringe Hesitation. Kein deutliches Silbenstolpern. Gesichtsausdruck heiter. Ueber Personalien, Aufenthalt, Datum orientirt. Fühlt sich völlig gesund. „Hat ein Geschäft in Berlin, das ihm Millionen einbringt, ist Hauptmann der Reserve" u. s. w. Nachts schlaflos. Heftige motorische Erregungszustände.

1. Februar. Heute ängstlich. „Sie haben meinen Kopf heruntergehackt. — Ich war gestern ohne Besinnung. — Ich war im Himmel. — Gott hat gesagt: Du und deine Frau sind Christkinder" u. s. w.

1. März. Rechnet 7mal 18 falsch.

15. März. Ab und zu unreinlich.

23. März. Kennt den Namen des Wärters der Abtheilung noch nicht.

Im April 1892 wurde Patient in eine andere Anstalt transferirt.

Wir haben hier, wenn wir der Anamnese Glauben schenken wollen, einen abortiven paralytischen Anfall als allererstes Zeichen des Einsetzens des organischen Gehirnleidens anzusehen, während ein zweiter vollentwickelter apoplektiformer Insult die Krankheit rasch auf die Höhe der Entwicklung brachte. Viel häufiger gehen ausgeprägte, der genuinen Epilepsie symptomatologisch völlig gleichstehende epileptiforme Insulte dem Ausbruch des Leidens vorauf. Derartige Insulte können, wenn sie im Prodromalstadium schon mehrere Jahre vor dem Einsetzen der eigentlichen paralytischen Erkrankung auftreten, als gewissermaassen selbständige, auf dem Boden der „syphilitischen Dyskrasie" sich entwickelnde Krankheitsvorgänge aufgefasst werden. Die Paralyse tritt dann als eine weitere Folgekrankheit der luetischen Infection hinzu. Eine solche Annahme ist für diejenigen Fälle geboten, in denen späterhin, nachdem die Paralyse offenkundig geworden ist, typische epileptische Anfälle nicht mehr beobachtet werden. In anderen Fällen, die wir der hydrokephal-meningitischen Form zurechnen, gehören die vollentwickelten epileptiformen Anfälle mit tiefer Bewusstlosigkeit und mit allgemeinen und partiellen Convulsionen dem Krankheitsbilde der Paralyse direct an und sind charakteristische Merkmale während des ganzen Verlaufs derselben.

Eine besondere Beachtung verdienen tabische Symptome (lancinirende Schmerzen, Gürtelgefühle, circumscripte und diffuse Analgesien der Extremitäten, Dissociation der Berührungs- und Schmerzempfindung, ataktischer Gang, tabische Krisen, Opticusatrophie u. s. w.) in allen den Fällen, in denen im Initialstadium der Paralyse ein grelles Missverhältniss zwischen den somatischen und psychischen Krankheitserscheinungen, sowie ein auffallend protrahirter, von zahlreichen Remissionen durchsetzter Entwicklungsgang des Leidens den Verdacht auf eine Taboparalyse rechtfertigt.

3. Stadium acmes.

Der weitere Verlauf der Krankheit bietet diagnostisch keine Schwierigkeiten dar. Es mögen sich die Zeichen des fortschreitenden Untergangs der Hirnrindenelemente hinsichtlich des Auftretens der einzelnen psychischen und somatischen Krankheitserscheinungen, des Wechsels zwischen Reiz-, Hemmungs- und Ausfallssymptomen, des langsameren oder rascheren, des gleichmässig fortschreitenden oder intermittirenden Verlaufs noch so mannigfaltig gestalten: Zweifel an der Natur des Leidens werden auf der Höhe der Erkrankung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kaum mehr auftauchen können. Betrachten wir zuerst die im vorigen Abschnitt geschilderten psychischen Veränderungen, so besteht die weitere Ausprägung des geistigen Verfalls hauptsächlich darin, dass alle Denkvorgänge immer mehr der normalen Verknüpfung mit dem Complex der Ich-Vorstellungen verlustig gehen. Vielfach findet sich ein tief greifender Mangel, ja eine völlige Unfähigkeit der associativen Verknüpfung dieser Vorstellungsgruppen untereinander, wodurch schliesslich eine totale Urtheilslosigkeit über die Beziehungen der eigenen Persönlichkeit zu den Vorgängen der Aussenwelt entsteht. Die Kranken sprechen und handeln gewissermaassen wie im Traum, stehen anscheinend zu ihren Vorstellungen und Willensacten nicht in persönlicher Beziehung, sind unbetheiligte oder wenigstens uninteressirte Zuschauer ihres tragischen Schicksals. Bitte, achten Sie darauf, welch heiteren oder gleichgiltigen Gesichts-

ausdruck die in der Krankheitsentwicklung fortgeschritteneren Patienten während unserer praktischen Uebung und während meiner erklärenden Ausführungen zeigen, wie verständnisslos die Patienten sind, trotzdem ich durchwegs gezwungen bin, auf die Tragweite der einzelnen Symptome und des Gesammtbildes der Erkrankung hinzuweisen. Es war dabei unvermeidlich, auf die funeste Bedeutung der Fälle wiederholt aufmerksam zu machen. Sie werden sich oft in Ihrem Inneren gewundert haben, dass ich in Gegenwart der Kranken so trübe Bilder entrollte, ohne auf ihre Gefühle Rücksicht zu nehmen. Sie wurden aber beruhigt, da Sie aus dem sich anknüpfenden Krankenexamen erkennen konnten, dass die Patienten den Sinn des Vortrags, vor allem aber die Beziehung zu ihrer eigenen Persönlichkeit absolut nicht verstanden haben. Sie erinnern sich, dass der eine gebildete Kranke mit annähernder Richtigkeit die hauptsächlichsten Gesichtspunkte meines Vortrags wiedergab, desto verblüffender war es für Sie, dass er die so naheliegende, fast unvermeidliche Nutzanwendung auf seinen eigenen Krankheitsfall nicht finden konnte. Ich mache Sie aber darauf aufmerksam, dass dieser Untergang der Fähigkeit, Beziehungsbegriffe und Urtheilsbildung über die eigene Persönlichkeit zu entwickeln, meist nur im Höhestadium vollkommen ausgebildet ist, dass wir also bei frischen Fällen in unseren Aeusserungen über die Krankheit behutsamer sein müssen. Ich liess deshalb die Patienten, welche sich noch im Initialstadium befinden, vor Beginn meines Vortrags abtreten. Der eben skizzirte Krankheitsvorgang ist eines der wichtigsten Symptome in den Fällen, welche die einfache paralytische Demenz ohne affective Erregungen, ohne Wahnvorstellungen, ohne Hallucinationen darbieten. Eine andere Art pathologischer Umgestaltung der Urtheilsassociationen in Beziehung auf den Complex der Ich-Vorstellungen zeigen sowohl die hypochondrisch-melancholisch veränderten, als auch die maniakalisch erregten Patienten.

Im Höhestadium finden Sie natürlich eine noch viel groteskere Ausgestaltung der absurdesten Grössen- oder Kleinheitswahnvorstellungen, als im Initialstadium. Das Schwelgen in Millionen, das Gefühl unendlicher Stärke und Leistungsfähigkeit auf der einen Seite, die Vorstellung der Vernichtung einzelner Organe oder des ganzen Körpers und Geistes, oder die Idee der Verarmung auf der anderen Seite sind die typischen Belege für diese Störungen. Diese Schulbilder der älteren Autoren werden freilich, wie ich gleich einschalten will, immer seltener und treten gegen die einfache paralytische Demenz immer mehr zurück. Es mag dies zum Theil auch damit zusammenhängen, dass die einfache paralytische Demenz früher oft verkannt und demgemäss eine grosse Zahl von Paralytikern, besonders in der Privatpraxis, unter anderen Krankheitsformen rubricirt worden ist. Eine weitere, besonders bei den rascher verlaufenden Krankheitsfällen häufig vorkommende Form der geistigen Störung ist die völlige Dissociation der Denkvorgänge. Sie äussert sich klinisch unter dem Bilde des starren Versunkenseins mit Mutismus und katatonischen Erscheinungen oder in heftigen motorischen Erregungen, sowie in Jactation des incohärenten Vorstellungsinhalts und Verbigeration.

Sehen wir von den subacut verlaufenden, stuporösen und agitirten Krankheitsbildern ab, so werden wir trotz der verschiedenen Gruppirung der Symptome ein gesetzmässiges Fortschreiten der Gedächtniss- und Urtheilsschwäche constatiren können. Schon das vorhin erwähnte charak-

teristische Merkmal des Verlustes der Urtheile über die eigene Persönlichkeit weist Sie auf die besondere Art des geistigen Untergangs hin. Die feinsten und höchststehenden concreten und abstracten Vorstellungen und Urtheilsbildungen gehen verloren. Je allgemeiner ein Vorstellungscomplex ist, je zahlreicher die Partialvorstellungen, aus denen er gewissermaassen die Resultante ist, vorhanden sein müssen, desto sinnenfälliger und frühzeitiger ist er dem Untergang geweiht. Ferner finden Sie übereinstimmend, dass der Einschmelzungsprocess der Erinnerungsbilder von der Peripherie zum Centrum fortschreitet, indem die zuletzt erworbenen zuerst verloren gehen. Für den Anfänger ist es immer am auffälligsten, dass solche Kranke die einfachsten Vorgänge, die wenige Stunden zurückliegen können, z. B. Besuch von Angehörigen, Zusammensetzung der Mittagsmahlzeit u. s. w., vergessen haben, während die aus gesunden Tagen herstammenden Erinnerungsbilder oft noch ganz unversehrt erhalten sind. Es ist dies von praktischer Wichtigkeit, wenn die Frage an Sie gestellt wird, ob ein Paralytiker noch die Fähigkeit besitzt, einen letzten Willen aufzusetzen. Hier werden Sie nicht selten von den betheiligten Angehörigen hören, dass mündlich schon lange bestimmte Abmachungen getroffen sind, die aus Nachlässigkeit nicht schriftlich niedergelegt wurden. Jetzt, wo nach dem Ausspruch des Arztes eine Katastrophe in kürzerer oder längerer Zeit unabweisbar ist, soll der begangene Fehler gut gemacht werden. Hier haben Sie genau zu ergründen, ob es sich um die schriftliche Fixirung von Urtheilen und Willensentschliessungen handelt, die aus der gesunden Zeit herstammen, oder ob dem Patienten zugemuthet wird, neue Urtheilsbildungen und Willenshandlungen zu vollziehen. Sie werden nur dann eine solche letztwillige Verfügung von Ihrem ärztlichen Standpunkte aus als vollgiltig anerkennen können, wenn Sie sich durch genaue Unterhaltungen mit dem Patienten überzeugt haben, dass ihm keine neuen Willenshandlungen zugemuthet werden und dass die Erinnerungsbilder an die aus der gesunden Zeit stammenden Willensentschliessungen intact sind. Für die Feststellung des Urtheils- und Gedächtnissdefects ist es oft zweckmässig, mit dem Kranken Kopfrechnungen anzustellen. Sie werden dann sehen, dass z. B. die Multiplication zweistelliger Zahlen daran scheitert, dass Patient nicht mehr imstande ist, eine ausgerechnete Zahl im Gedächtniss zu behalten, wenn er, um zu einem Abschluss zu gelangen, die Kopfrechnung noch weiter fortzusetzen hat. Wenn z. B. 5×36 auszurechnen ist, so vergisst er, während er 5×6 ausrechnet, die Zahl 150, welche er zuerst ganz richtig gefunden hatte. Unter Umständen ersetzt Patient diese Zahl 150 durch eine ganz sinnlose Zahl. Es ist noch zu berücksichtigen, dass der Verlust der Erinnerungsbilder individuell ganz verschieden sein kann, indem bei dem einen Patienten vornehmlich die optischen, bei dem anderen die Wortklangbilder, bei dem dritten die tactilen Erinnerungsbilder geschädigt sind.

Die Urtheilsschwäche ist besonders dann deutlich, wenn die Gedächtnissdefecte noch relativ gering entwickelt sind, wenn also noch eine grössere Zahl von Erinnerungsbildern reproducirt wird, Patient aber nicht mehr imstande ist, dieselben zu den einfachsten Urtheilen zusammenzuschliessen. Dazu kommt gelegentlich das Auftreten von Phantasievorstellungen, die in schwachsinniger Weise mit den Erinnerungsbildern verbunden werden. Die Patienten können ganze Romane erzählen, von Jagden, Diners, Ausfahrten, die sie soeben mitgemacht haben.

Die acuter verlaufenden Fälle sind sehr häufig durch das Auftreten hallucinatorischer Erregungszustände, zum Theil mit traumhafter Verwirrtheit, ausgezeichnet. Aber auch bei den langsamer, chronisch verlaufenden Fällen fehlen vereinzelte hallucinatorische Erregungen nicht. Auch groteske, illusionäre Umdeutungen pathologischer Empfindungen verbinden sich mit hypochondrischen und Grössenwahnvorstellungen. Die im Initialstadium gekennzeichneten sittlichen Defecte werden immer sinnenfälliger und führen gelegentlich zum Verlust jedes Schamgefühls. Ferner sind die Affecterregungen auf der Höhe der Erkrankung noch motivloser und erfahren eine schärfere Ausprägung (Heiterkeits-, Zornausbrüche, Depressionen mit maassloser Angst). Diese Affectstörungen können aber bei der einfachen Demenz oft ganz fehlen. Es besteht dann von Anfang an eine hochgradige Apathie oder eine gewisse schwachsinnige Zufriedenheit. Bezeichnend für den Schwachsinn der Patienten ist die erhöhte Suggestibilität derselben und die mit den suggerirten Vorstellungen gewissermaassen experimentell erzeugbaren Stimmungsschwankungen. Sie können einen Patienten in einem Athem lachen und weinen machen, wenn Sie ihm Heiteres und traurig Stimmendes in rascher Aufeinanderfolge vortragen.

Von somatischen Störungen finden Sie eine bald langsame, gleichmässig fortschreitende Steigerung der Ausfallserscheinungen auf motorischem und sensiblem Gebiet und hinsichtlich der Reflexvorgänge; bald eine schubweise Verschlechterung im Anschluss an vereinzelte oder gehäufte paralytische Anfälle, die jetzt in ihrer vollsten Entwicklung die reinsten Bilder cortico-motorischer Hemmungs- und Erregungsentladungen darstellen. Sie können hier sehr schön verfolgen, wie sich aus einer umschriebenen Erregungsentladung ein bald halbseitiger, bald allgemeiner Krampf der Körpermuskulatur entwickelt, und wie sich an den ursprünglich klonischen Rindenkrampf ein tonischer, ebenfalls umschriebener oder allgemeiner Krampf anschliesst. Sie sehen hier, wie der umschriebene Rindenkrampf ohne Bewusstlosigkeit, d. h. ohne diffuse Hemmungsentladung der Grosshirnrinde einsetzt, wie aber die weitere Entwicklung des paralytischen Anfalls unabwendbar mit Bewusstlosigkeit verbunden ist. Sie sehen hier ferner die eigenartige Verquickung von Parese und Krampf, wie sie ebenfalls nur der primär-corticalen Störung eigenthümlich ist. Bemerkenswerth ist, dass neben diesen primär corticalen Krämpfen auch Anfälle auftreten, die mit denjenigen der genuinen Epilepsie völlig identisch sind. Kurzum, die paralytischen Anfälle sind die besten Studienobjecte der menschlichen Pathologie, um einfache und zusammengesetzte Krampfbilder kennen zu lernen und hiermit die physio-pathologischen Erfahrungen des Thierexperiments in Parallele zu setzen. Hinter diesen allgemein als epileptiforme Anfälle bezeichneten Attaquen treten die apoplectiformen auf dem Höhestadium der Krankheit an Häufigkeit eher zurück. Indem ich auf die frühere Schilderung dieser Anfälle verweise, füge ich hier noch ergänzend hinzu, dass vielfach eine Unterscheidung derselben von den apoplectischen Insulten anderer organischer Hirnerkrankungen im Anfalle selbst kaum möglich ist. Wir finden die gleiche Art der Entwicklung (unvermitteltes Zusammenstürzen mit völliger Bewusstlosigkeit) und der Symptome (bald einfache Hemiplegie, bald zusammengesetztere Bilder mit Hemiopie, motorischer und sensorischer Aphasie u. a. m.) hier wie dort. Nur die genaue Erforschung der Vorgeschichte des Krankheitsfalles wird Sie über die Be-

deutung dieses Insultes aufklären. Aber auch der weitere Verlauf deckt bald die Sachlage auf. Oft schon nach Stunden, meist nach einigen Tagen schwinden die bedrohlichen Symptome; nicht nur die Bewusstlosigkeit, sondern auch die Herderscheinungen bilden sich auffallend rasch zurück. Diese Rückbildung kann anfänglich, d. h. wenn diese Anfälle vereinzelt und in langen Zwischenräumen auftreten, eine vollkommene sein. Späterhin, besonders bei gehäuften Anfällen, treten die motorischen und sensorischen Ausfallsymptome nach jeder Attaque immer deutlicher hervor und sind mit mehr oder weniger scharf ausgeprägten Contracturen (Erschwerung der passiven Beweglichkeit) der hemiparetischen Glieder verbunden.

Eine scharfe Trennung der apoplecti- und epileptiformen Insulte ist in der Mehrzahl der paralytischen Anfälle kaum statthaft. Bewusstlosigkeit, klonischer und tonischer Krampf, Mono- und Hemiplegie, Aphasie u. s. w. treten in mannigfacher und wechselvoller Combination in Erscheinung.

Recht häufig werden Serien von paralytischen Anfällen beobachtet, welche sich durch langdauernde tiefe Benommenheit, in kurzen Intervallen wiederkehrende klonisch-tonische Convulsionen mit nachfolgenden sensorischen und motorischen Ausfallserscheinungen (u. a. Paresen der Rumpf-, Schlund-, Blasen- und Mastdarmmuskulatur) und erhebliche Temperatursteigerungen auszeichnen.

Die Patienten gehen in solchen bis zu 14 Tagen ausgedehnten Anfallsserien nicht selten zu Grunde, indem Schluckpneumonien und pyelonephritische Processe sich hinzugesellen. Aber auch bei günstigem Ausgange erfolgt die Erholung aus dem tiefen stuporösen Zustande und der Verwirrtheit nur allmählich und unvollkommen. Wenn schon der vereinzelte Anfall ein deutliches Fortschreiten der Demenz bedingt, so ist dies bei diesen schweren protrahirten Attaquen in noch viel höherem Maasse der Fall. Sie sind gar nicht selten das Signal einer acut einsetzenden finalen Verblödung.

Es ist kaum nöthig, jedes einzelne Symptom in seiner Weiterentwicklung hier Ihnen nochmals vorzuführen. Vielmehr genügt es, Sie darauf hinzuweisen, dass das Krankheitsbild sich immer einheitlicher gestaltet, indem die Störungen der Sprache und Schrift reiner hervortreten, die Pupillenreaction endgiltig erlischt, die Coordinationsstörungen der Extremitätenmuskulatur zu ausgesprochenen Paresen werden und auch die spinal bedingten Erscheinungen (Verlust der Knie- und Fussphänomene, universeller Tremor, Muskelspasmen, Dorsalklonus u. s. w.) das Krankheitsbild vervollständigen. Dann ist die ganze Erscheinung der Kranken, ihr Gesichtsausdruck, ihre Körperhaltung, ihr Gang so charakteristisch, dass selbst dem Anfänger das Krankheitsbild als ein typisches, von anderen leicht unterscheidbares, imponirt. Dasjenige, was den Menschen in der phylogenetischen Reihe auf die höchste Stufe der Entwicklung stellt, ist hier unrettbar dem Untergang geweiht: der aufrechte Gang und die Sprache. Bitte, beachten Sie, wie sich oft schon frühzeitig, wenn sich eben die Krankheit schärfer ausgeprägt hat, der Nacken beugt, der Rücken krümmt; die Kranken erscheinen kleiner, nach vorn zusammengesunken. Es hängt dies sicher mit der anatomischen Veränderung in den motorischen Rindenfeldern der Rumpf- und Nackenregion zusammen. Gesellt sich hierzu die stockende, plumpe, oft unverständliche Sprache, der erstorbene, blöde Gesichtsausdruck, so ist die Vorstellung von dem Herabgleiten des Homo sapiens auf eine tiefere Stufe infolge der Zerstörung des functionstragen-

den Gewebes des Vorderhirns fast unabweisbar. Die Patienten verlieren jedes Verständniss für Anstand, gute Sitte, Reinlichkeit. Sie essen mit unsauberer gieriger Hast, beflecken ihre Kleider mit Speisen und verunreinigen sich, da auch die Blasen- und Mastdarmfunctionen Schaden gelitten haben, mit Urin und Koth.

Nur noch einige Worte über die Gehstörung auf dem Höhestadium. Man unterscheidet einen paralytischen, einen spastischen und einen atactischen Gang. Diese Unterscheidung ist nur bei einer begrenzten Zahl von Fällen scharf durchzuführen. Viel häufiger ist eine gemische Gehstörung vorhanden. Der paralytische Gang kennzeichnet sich durch eine allgemeine Herabsetzung der motorischen Leistung. Er ist unsicher, unbeholfen, schwankend, plump, schlürfend, stolpernd. Auch gibt es Kranke, die breitspurig gehen oder beim Gehen in den Knien zusammensinken. Besonders bei plötzlichen Drehungen geräth der Patient ins Taumeln, stösst sich an Stuhl, an Tisch und Wand, schwankt nach vorwärts oder rückwärts und fällt auch gelegentlich zu Boden. Die Versuche der Patienten, einen Stuhl zu erklettern, scheitern an den plumpen, unbeholfenen, schwankenden Bein- und Rumpfbewegungen. Man kann die Patienten nicht mehr allein ausgehen lassen, da sie, wenn sich Steine, Pfützen etc. auf dem Wege befinden, theils aus motorischer Unbeholfenheit, theils aus Unachtsamkeit leicht stürzen und ebenso durch Trottoirübergänge, Rinnsteine u. s. w. leicht zu Falle gebracht werden. Diese Störungen der Körperhaltung und des Ganges sind bei der Hälfte der Patienten scharf ausgeprägt. Besonders nach wiederholten paralytischen Anfällen tritt das Ueberwiegen der cortico-motorischen Störungen auf einer Körperhälfte stark hervor. Die Patienten sind dann oft ganz nach der einen Seite zusammengesunken.

Die ataktische Störung tritt vorwaltend in den früheren Stadien der Erkrankung rein hervor und weist dann schon auf einen Zusammenhang mit tabischer Erkrankung hin (Taboparalyse). In späteren Stadien, mit dem Fortschreiten der Paralyse, verwischt sich dieser Typus des tabisch-ataktischen Ganges; ausserdem tritt er in den Hintergrund, wenn sich schon im Initialstadium Exaltationszustände einstellen. Es kann der Gang dann vorübergehend eine auffällige Besserung zeigen; mit dem Sinken der Erregung geht er aber in die typisch-paralytische Gehstörung über.

Der spastische Gang findet sich am häufigsten bei den Patienten, die man mit dem Ausdruck der Zitterparalytiker belegt hat. Bei diesen Kranken weisen Spasmen, statischer und Intentionstremor, gesteigerte Kniephänomene, Dorsalklonus u. s. w. auf die ausgedehnte Mitbetheiligung der Pyramidenseitenstränge des Rückenmarks hin. Doch können diese Gruppen der motorischen Reizerscheinungen auch ohne ausgedehnte Rückenmarksaffectionen als cerebrale (respective cerebellare?) Symptome auftreten. Gemischte spastisch-paretische Zustände auf der Höhe des Leidens deuten auf eine combinirte Systemerkrankung hin. Doch wird man sich auch hier hüten müssen, stricte Schlüsse aus klinischen Befunden auf die anatomische Diagnose zu ziehen, da systematische Erkrankungen hierbei auch fehlen können. Wir sind noch lange nicht in der Lage, aus der Gehstörung auf die Art und die Ausdehnung der paralytischen Spinalaffectionen eindeutige Folgerungen zu ziehen.

Sensorische und sensible Störungen treten gegenüber den motorischen ganz in den Hintergrund, soweit es sich nicht um localisirte Begleit-

symptome paralytischer Anfälle, Hemianopsie, sensorische Aphasie u. s. w. handelt. Der Verlust der Schmerzempfindlichkeit und die schon im Initialstadium hervorgetretene Incongruenz zwischen Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit treten immer auffälliger hervor. Die Patienten können auf der Höhe des Leidens, sobald ihre Aufmerksamkeit zu fesseln ist, noch mit ziemlicher Sicherheit feinste Berührungen erkennen und localisiren, während sie gegen Schmerzreize ganz unempfindlich geworden sind. Es braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden, dass dieser Verlust der Schmerzempfindlichkeit eine Theilerscheinung des geistigen Verfalles ist.

Schon frühzeitig wurden die Störungen der allgemeinen Ernährung beobachtet und durch Wägungen der Kranken genauer festgestellt. Die Uebergänge vom Initial- zum Höhestadium machen sich häufig durch ein rapides Zunehmen des Körpergewichts geltend (Stadium des Embonpoints). Schon den älteren Autoren war die infauste Bedeutung dieses plötzlichen Fettwerdens und dessen ursächlicher Zusammenhang mit dem fortschreitenden geistigen Verfall bekannt. So gesetzmässig, wie dies früher wohl angenommen wurde, gestaltet sich das Verhältniss zwischen Körpergewichtsab- und zunahme indessen nicht. Sehr viele Fälle, besonders die agitirten Formen, zeigen niemals ein Stadium des Embonpoints und gehen bei gesteigerter motorischer Leistung und oft ungenügender Nahrungsaufnahme einem fortschreitenden Kräfteverfall unaufhaltsam entgegen. In anderen Fällen, besonders bei hochgradigen Depressionszuständen mit hypochondrischen Wahnvorstellungen und Angstaffecten, ist eine ähnliche continuirliche Abnahme der Ernährung bemerkbar. Drittens müssen wir Fälle einfacher paralytischer Demenz ohne wesentliche motorische Erregung oder Affectveränderung hier berücksichtigen, die selbst bei mittlerer Nahrungsaufnahme immer einen mangelhaften Ernährungszustand darbieten; es sind dies Fälle, bei denen schon im Initialstadium schwere Verdauungsstörungen und heftigste viscerale Schmerzen das Krankheitsbild beherrscht haben. Wir glauben, dass in dieser dritten Kategorie die Fälle sich durch ausgedehnte Mitbetheiligung der peripherischen, sympathischen und cerebrospinalen Visceralnerven (degenerativ-atrophische Processe) auszeichnen. Sie stehen vielleicht den Fällen von visceraler Syphilis am nächsten.

Als trophische Störungen, abgesehen von denen der allgemeinen Ernährung, sind die Veränderungen in den epidermoidalen Gebilden, besonders umschriebener Haarausfall und rapides Ergrauen der Haupt- und Barthaare bezeichnet worden. Hierher gehören auch Atrophien der Cutis mit Pigmentschwund, sowie pathologische Pigmentanhäufungen (Nigrities).

Bei den taboparalytischen Fällen, sowie bei denjenigen mit peripherneuritischen Processen ohne Tabes sind locale Dystrophien, z. B. Mal perforant du pied, sowie umschriebene Muskelatrophien (Peronäusgebiet) beschrieben worden.

Auch der bei den Paralytikern so häufige Decubitus ist als trophische Krankheitserscheinung bezeichnet worden. Man muss hier unterscheiden zwischen dem Decubitus acutus, welcher sich an paralytische Anfälle innerhalb weniger Stunden anschliessen kann und schon auf dem Höhestadium des Leidens zu beobachten ist, und dem gewöhnlichen, ich möchte sagen, landläufigen Decubitus, der früherhin, als die sanitären Einrichtungen der Anstalten noch viel zu wünschen übrig liessen, die Bilder der Paralyse fast regelmässig beherrschte. Bei ersterem sind, wie dies *Charcot* auch für analoge Beobachtungen im Anschluss an Apoplexie wahrscheinlich ge-

macht hat, thatsächlich trophische Einflüsse zur Geltung gelangt. Bei den letzteren aber ist sicherlich unzweckmässige Pflege und mangelnde Reinlichkeit die Hauptursache.

Ob durch eine auffällige Brüchigkeit der Knochen und Knorpel das bei den Paralytikern so häufige Vorkommen von Rippenbrüchen, von Othämatomen und Rhinhämatomen erklärt werden kann, ist noch eine strittige Frage. Nach unserer Ueberzeugung sind in all diesen Fällen traumatische Schädigungen zweifellos vorausgegangen und wird man immer nachforschen müssen, ob Selbstverletzungen durch Stürzen, Fallen aus dem Bett oder rohe Behandlung durch das Wartepersonal u. s. w. den Anlass zu diesen Vorkommnissen gegeben hat. Trotz dieser Einschränkung glauben auch wir, dass ähnlich wie bei der Tabes gewisse pathologische Veränderungen an Knochen und Knorpeln bei den Paralytikern in den fortgeschritteneren Stadien sich einstellen und die erhöhte Brüchigkeit verursachen. Es soll sich hierbei um eine Vermehrung der organischen Bestandtheile auf Kosten der anorganischen (neurotrophischen Grundlage) handeln. Die Phosphate sollen sich dabei um 40% vermindern.

Genaue Messungen der Körpertemperatur ergeben in einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen auffällige Schwankungen von subnormalen und erhöhten Temperaturen, welche entweder auf eine periphere Störung der Wärmeregulirungscentren oder auf Einwirkungen pathologisch veränderter Gewebssäfte bezogen werden können. Am auffälligsten sind die plötzlichen jähen Temperaturerhöhungen, welche mit den paralytischen Anfällen verbunden sind und sich bis zu 40° und darüber steigern können. Sie sind ausser allem Verhältniss zu der Schwere der motorischen Reiz- und Ausfallserscheinungen. Die höchsten Steigerungen finden wir bei den gehäuften epileptiformen Anfällen (epileptiformer Status), welche recht häufig tödtlich enden. Aber auch ohne das Einsetzen paralytischer Anfälle findet man sehr weitgehende Temperatursteigerungen bei paroxystisch einsetzenden Erregungszuständen mit heftigster motorischer Agitation und absoluter Incohärenz. Es können sich dann beim Abfall der Erregungen schwerste Collapstemperaturen, 32·6—31·5 im Rectum gemessen, anschliessen.

Angioneurotische Symptome, die schon im Initialstadium in der Form von vasoparalytischen und vasoconstrictorischen Störungen verzeichnet wurden, sind auch auf der Höhe der Erkrankung noch nachweisbar. Hier wiegen die vasoparalytischen, meist umschriebenen oder halbseitigen Erscheinungen vor, die sich durch Röthung, locale Temperatursteigerung, profuse Schweisssecretion, in seltenen Fällen auch durch Blutschwitzen im befallenen Gefässgebiet äussern. Auch allgemeine erythematöse Hautaffectionen sind beobachtet worden. Der Puls zeigt keine gesetzmässigen Anomalien, die Herzthätigkeit gelegentlich Arhythmie und Allorhythmie.

Als secretorische Störungen sind sowohl pathologische Verminderungen, als auch Steigerungen der Speichelabsonderung zu nennen. Die methodischen Urinuntersuchungen gestatten bislang noch keine bestimmten Schlüsse über die Störungen des Stoffwechsels. Man findet sowohl intermittirende Albuminurie, als auch Glykosurie und Acetonurie, ferner auch Propeptonurie. Ich möchte Sie nur darauf aufmerksam machen, dass ich in neuerer Zeit eine ganze Reihe von Fällen zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, bei welchen dem Ausbruch der Paralyse Monate hindurch Glykosurie vorausgegangen war. Es waren dies ausschliesslich Fälle von

ausgeprägter Arteriosklerose. Auch einfache Polyurie tritt gelegentlich im Initialstadium oder intermittirend auf der Höhe der Erkrankung auf.

Schliesslich erwähnen wir die Störungen der sexuellen Functionen. Die im Initialstadium bei der Mehrzahl der Fälle gesteigerte Libido sexualis, die gelegentlich eines der markantesten Frühsymptome darstellt und infolge der ethischen Defecte zu groben sexuellen Excessen führen kann, findet auf der Höhe der Erkrankung manchmal noch eine weitere Steigerung. Doch beobachtet man in anderen Fällen ein rapides Sinken sowohl der Libido sexualis, als auch der Potenz.

Den Verlust der Potenz habe ich unter den Frühsymptomen der Erkrankung in meinen Notizen recht häufig verzeichnet, wenn es sich um Fälle von Taboparalyse handelte.

4. Stadium terminale.

Zum Studium der Schlussbilder des paralytischen Krankheitsprocesses bitte ich Sie, mir auf die Krankenabtheilung zu folgen. Sie finden dort in dem Wachsaal für Unreinliche und körperlich Gelähmte eine Reihe schwer kranker Patienten vereinigt. Der Eindruck, den Sie von ihnen gewinnen, ist ein äusserst einförmiger. Die Kranken liegen stumpf, regungslos zu Bett. Active, sogenannte Willkürbewegungen sind kaum mehr wahrzunehmen. Der Blick ist stumpf, glanzlos, erstorben, der Gesichtsausdruck nichtssagend, leer. Der Versuch, mit den Patienten ein Krankenexamen anzustellen, ist rasch beendigt. Entweder wenden sie auf Anrufen den Kopf gar nicht mehr dem Fragenden zu, sie sind anscheinend von allen Vorgängen in ihrer Umgebung ganz unberührt, oder sie blicken den Fragenden verständnisslos an und antworten erst nach mehrmaligen Wiederholungen der Frage einzelne abgerissene Worte in einer plumpen, unbeholfenen, lallenden, meist ganz unverständlichen Sprache. Aufforderungen zu Willkürbewegungen, z. B. den Arm oder das Bein zu heben, werden entweder gar nicht oder nur ganz unvollkommen befolgt. Es können auch bei dem Versuche activer Beugungen, Streckungen und Hebungen Zitterbewegungen auftreten. Passive Bewegungen sind meist leicht ausführbar. Bei einer Gruppe von Kranken treten aber deutliche spastische Spannungen der antagonistischen Muskeln in den bewegten Gliedern auf. Die Sehnenphänomene sind bei den einen ganz erloschen, bei den anderen extrem gesteigert. Es besteht meist absolute Sphinkterenlähmung. Die selbständige Nahrungsaufnahme ist unmöglich, die Patienten müssen gefüttert werden. Die Einflössung der Nahrung darf nur langsam und in kleinen Portionen erfolgen, da die Patienten infolge der bestehenden Schlundlähmung nur mühsam schlucken und die Gefahr besteht, dass Speisetheile in den Kehlkopf dringen. Der tödtliche Ausgang erfolgt gar nicht selten durch Schluckpneumonien; bei unvorsichtiger Fütterung, aber auch schon zu einer Zeit, zu der die Patienten die Speisen noch selbst zum Munde führen können, besteht die Gefahr, dass grössere Speisetheile auf dem Kehldeckel liegen bleiben, denselben zudrücken und so zur Erstickung führen. Es ist deshalb eine längst bekannte praktische Regel, allen Paralytikern im Endstadium, wenn man die Kranken in Asphyxie und Lebensgefahr vorfindet, zuerst mit den Fingern in den Mund zu fahren und nach solchen Speiseresten zu suchen. Wenn nicht paralytische Anfälle das Leben beendigen, so sind es ausser den Schluckpneumonien besonders cystitische und pyelo-nephritische Processe im Anschluss an die Blasenläh-

mung oder die mit dem Decubitus verknüpften Infectionen. Werden diese Gefahren vermieden, so tritt der Exitus durch ein allmähliches Erlöschen der Lebensfunctionen ein.

Diagnose.

Die besonders im Prodromal- und im Initialstadium bestehenden Schwierigkeiten der Diagnose und diejenigen Momente, welche die Unterscheidung der Paralyse von den ihr nahestehenden Zustandsbildern der Neurasthenie und Hypochondrie, sowie der Lues cerebri s. str. ermöglichen, habe ich in meinen bisherigen Ausführungen genügend gekennzeichnet. An dieser Stelle habe ich noch darauf hinzuweisen, dass die Paralyse von der postsyphilitischen Demenz, welche sich im Anschluss an abgelaufene cerebrospinale Lues entwickelt und symptomatologisch der paralytischen Demenz ausserordentlich verwandt sein kann, genau zu trennen ist. Hier ist das wesentliche unterscheidende Merkmal, dass die Paralyse ein exquisit progressives Leiden ist, während die postsyphilitische Demenz dieser Tendenz entbehrt und jahrelang in ganz unveränderter Weise fortbesteht.

Ferner bieten die auf dem Boden der Arteriosklerose sich entwickelnden, ebenfalls progressiv verlaufenden Degenerationsprocesse des Gehirns diagnostische Schwierigkeiten dar, indem dieselben zu psychischen Reiz- und Ausfallssymptomen führen können, welche stark an die Krankheitserscheinungen der Paralyse erinnern. Es kommen hier vor allem die diffuse arteriosklerotische Gehirndegeneration und die Encephalitis subcorticalis chronica in Betracht. Ich muss darauf verzichten, ausführlicher auf diese Krankheitsformen einzugehen, begnüge mich vielmehr mit dem Hinweise, dass in der besonderen Gestaltung des Krankheitsbildes und nicht zum wenigsten in den anatomischen Befunden die Kriterien der differentiellen Diagnose gelegen sind.

Bei den juvenilen Formen ist die Unterscheidung der diffusen primären Hirnsklerose nur durch den anatomischen Befund, und auch da nicht immer mit Sicherheit möglich.

Die multiple Sklerose führt in denjenigen Fällen zu Verwechslung mit der Paralyse, in welchen zahlreiche kleinere und grössere sklerotische Herde im Grosshirn gelegen sind. Es lassen sich dann die psychischen und die somatischen Reiz- und Ausfallserscheinungen, einschliesslich der paroxystischen Krankheitssymptome, von denen der Paralyse kaum trennen. Es gibt aber auch Fälle von Paralyse, die klinisch ganz die Bilder der multiplen Sklerose vortäuschen können. Bei der Section werden dann nur die typischen Veränderungen der Paralyse aufgefunden.

Vor Verwechslungen der Paralyse mit Herderkrankungen des Gehirns: Hirntumor, thrombotischen, embolischen Erweichungen, Hämorrhagien, Abscessen u. s. w., schützt sowohl eine genaue Untersuchung, als auch besonders die Erforschung der Krankheitsentwicklung.

Verlauf.

Die Krankheit ist für die Mehrzahl der Fälle als eine exquisit chronische zu bezeichnen, die auf den verschiedensten Wegen zum tödtlichen Ausgang führt. Ob es überhaupt Paralysenfälle gibt, die zu einem endgiltigen Stillstand, resp. zu einer relativen Ausheilung mit grösserem oder geringerem Defect gelangen, ist noch eine strittige Frage. Nach meiner Erfahrung ist es nur eine, die sogenannte taboparalytische Form,

welche selbst jahrelange Stillstände schon in relativ frühen Zeiten der cerebralen Mitbetheiligung am Krankheitsprocess aufweist. Daneben finden sich noch vereinzelte Fälle, bei welchen gewisse somatische Ausfallssymptome der Paralyse sich mit acuten psychischen Erregungszuständen, Grössendelirien, Unorientirtheit, motorischer Erregung vergesellschaften. Nach Abklingen des Erregungsstadiums tritt völlige geistige Klärung ein. Die somatischen Ausfallssymptome, Verlust der Kniephänomene, reflectorische Pupillenstarre, bestehen fort, ohne dass ausgeprägte Tabes vorhanden ist. Auf geistigem Gebiete ist eine scheinbar völlige Restitutio ad integrum erreicht. Doch bemerkt der aufmerksame Beobachter, dass eine Abnahme der intellectuellen Leistungsfähigkeit, wenn auch geringeren Grades, zurückgeblieben ist, die sich durch rasche Ermüdbarkeit bei geistiger und körperlicher Anstrengung und eine Reihe dauernd bestehender neurasthenischer Beschwerden bemerkbar macht. Bei solchen Beobachtungen können immer frühere syphilitische Infectionen festgestellt werden. Ich selbst habe nur einen hierher gehörigen Fall beobachtet, der mit dieser Einschränkung in die Gruppe der geheilten Paralytiker eingereiht werden konnte. Es handelt sich um einen höheren Lehrer, der jetzt schon seit 15 Jahren wieder literarisch und praktisch thätig ist, allerdings ohne an einer öffentlichen Schule zu wirken. In einem Schulzimmer kann er, angeblich wegen der schlechten Luft, zusammenhängend nicht eine Stunde unterrichten, ohne dass sich Kopfdruck und Schwindelempfindungen mit Flimmerskotom bei ihm einstellen. Bei dem Patienten besteht heute noch das *Westphal*'sche Zeichen, andere tabische Symptome fehlen. Es ist hier nur die Erklärung statthaft, dass sich die durch die syphilitische Erkrankung gesetzten Gewebsschädigungen auf wenige Herde im Centralnervensystem beschränkt haben, nachdem der acute Schub, welcher vielleicht durch Giftwirkungen oder durch vasomotorische Störungen bedingt gewesen war, abgeklungen ist. Ein endgiltiges Urtheil über den hier skizzirten Fall wird man aber nicht abgeben können, da natürlich heute noch die Gefahr des Wiederausbruches des Leidens besteht. Jedenfalls ist in der Mehrzahl der analogen Fälle, welche in der Literatur als geheilt aufgeführt worden sind, nachträglich ein erneutes Wiederaufflackern der Krankheit erfolgt.

Die mittlere Dauer der progressiven Paralyse ist auf $2^1/_2$—3 Jahre berechnet worden. Im Einzelfalle schwankt sie zwischen wenigen Monaten und zwei Decennien.

Was das Lebensalter der Patienten anbelangt, so tritt die Paralyse als Frühform (juvenile Form) auf dem Boden der hereditären Lues seltener auf. Gewöhnlich ist sie eine Erkrankung derjenigen Lebensperiode, in welcher das Individuum seine Ausreifung erlangt hat und auf der Höhe seiner Leistungsfähigkeit steht. Gegen die senile Involutionserkrankung gibt es keine scharfe Grenze. Hier tauchen auch Uebergangsformen zwischen den einfachen präsenilen und senilen Demenzzuständen und den arteriosklerotischen Hirndegenerationen auf.

Eine eigene Gruppe bilden die acuten, sogenannten galoppirenden und die subacut verlaufenden Fälle, welche sich durch einen stürmischen Verlauf auszeichnen. Es treten bei ihnen ausser der tiefer greifenden Dissociation der psychischen Vorgänge mit Hallucinationen und Illusionen vor allem die gewaltigen Reiz-, Hemmungs- und Ausfallssymptome hervor. Neue, den chronischen Krankheitsbildern fremde Erscheinungen findet man aber nicht, vielmehr liegt nur eine Häufung und Zusammenpressung der

bekannten, vorerwähnten Krankheitssymptome vor. Pathogenetisch betrachtet legen sie immer den Gedanken nahe, dass neben den destructiven Processen in der functionstragenden Substanz und im Stützgewebe des Centralnervensystems noch allgemeine Giftwirkungen, entweder durch Syphilistoxine oder durch giftige Zerfallsproducte des Centralnervensystems bedingt, die Schuld an dem stürmischen, deletären Verlaufe haben.

Die chronisch verlaufenden Fälle bieten eine solche Reichhaltigkeit von psychischen und somatischen Krankheitserscheinungen in wechselnder Gruppirung und Aufeinanderfolge dar, dass aus den besonders hervorstechenden Krankheitssymptomen ein Schluss auf bestimmte Verlaufsrichtungen und auf bestimmte klinische Formen der Paralyse nicht gezogen werden kann. Die ursprüngliche, schematische Gliederung der typischen Paralyse in die drei Stadien des Grössenwahns, der maniakalischen Erregung und des terminalen Blödsinns hat der fortschreitenden Erkenntniss nicht Stand gehalten. Es ist wegen der besonderen Art der paralytischen Erkrankung unmöglich, aus einzelnen psychischen und somatischen Symptomen die Eintheilung in bestimmt abgegrenzte Stadien abzuleiten. Die von uns vorgenommene Eintheilung in vier Stadien, zwischen denen in praxi scharfe Grenzen nicht bestehen, hat demnach einen vorwaltend didaktischen Werth.

Wohl aber besteht die Möglichkeit, innerhalb des Rahmens der Paralyse unter Berücksichtigung des gesammten Verlaufes und der Gruppirung der Symptome nicht nur nebeneinander gereihte Zustandsbilder, sondern bestimmte in sich zusammenhängende Unterabtheilungen der Krankheit zu unterscheiden. Von den hier in Frage kommenden Unterformen lassen sich sowohl mit Rücksicht auf den Krankheitsverlauf, als auch auf den anatomischen Befund die folgenden von einander trennen:

A. Die meningitisch-hydrocephale Form.

Klinisch-symptomatologisch betrachtet, zeichnet sie sich durch den typischen, remittirenden Verlauf, durch schwerste paralytische Anfälle mit allgemeinen und localisirten motorischen Reiz- und Lähmungserscheinungen und durch gewaltige Erregungszustände mit totaler Benommenheit, Incohärenz und Unorientirtheit aus. In auffälligem Wechsel mit den paroxystischen Erscheinungen stehen im Initialstadium die weitgehenden intellectuellen Remissionen, die sich oft über Monate erstrecken und, dem Laien wenigstens, den Ausgang in Heilung vortäuschen. Es können geradezu die Krankheitsbilder der idiopathischen Epilepsie mit postepileptischen Dämmer- und Erregungszuständen vorgetäuscht werden. Die Krankheit endigt entweder auf der Höhe des Leidens im Anschluss an einen heftigen paralytischen Anfall tödtlich, oder verläuft ganz langsam bis zur völligen Erschöpfung der Kräfte. Auch darin ähnelt diese Paralysenvarietät der Epilepsie, dass im Anschluss an die schweren epileptiformen Attaquen sich frühzeitig ein erheblicher Gedächtnissdefect entwickeln kann.

Die Autopsie ergibt eine ausgeprägte diffuse, schwielige, schwartige Leptomeningitis, wenn der Tod im Schlussstadium erfolgt ist. Immerhin aber, auch bei frühzeitiger Beendigung der Krankheit, finden sich die Zeichen abgelaufener diffuser Arachnitis mit reichlicher Anhäufung seröser Flüssigkeit in den subarachnoidealen Maschenräumen vor. Der Cortex

cerebri ist ausserordentlich atrophisch. Ebenso ist das Marklager bedeutend reducirt; das Hirngewicht ist um 200 Grm. und darüber verringert. In den Schlussstadien sind die Ventrikel ausserordentlich erweitert und mit seröser Flüssigkeit gefüllt. Mikroskopisch fällt der enorme sub- und infracorticale Faserschwund auf. Bei frühem tödtlichen Ausgang treten die degenerativen Veränderungen an den Nervenzellen an Ausdehnung zurück.

B. Die hämorrhagische Form.

Sie umfasst die Mehrzahl der subacut verlaufenden Fälle der Paralyse und besitzt dann wenigstens in einem Theil der Fälle ein kurzes Prodromalstadium. Bei anderen Fällen aber findet man anfänglich das Krankheitsbild der einfachen paralytischen Demenz; die Abweichung von dem gewöhnlichen Verlauf tritt dann erst auf der Höhe der Erkrankung ein. Bei dieser Unterform treten die paralytischen Anfälle in den Hintergrund.

Die acuten Krankheitszustände mit hochgradigster Dissociation der psychischen Vorgänge und heftigsten hallucinatorischen Erregungen erhalten ein charakteristisches Gepräge durch die besondere Art der motorischen Reizerscheinungen. Bald ist es ein allgemeiner grober Schütteltremor, bald sind es ausgeprägte choreatische Zuckungen, welche die psychische Erregung begleiten. Diese Begleiterscheinungen haben in mehreren von mir beobachteten Fällen bis zum Ende angedauert. In einem anderen, jetzt noch in der Klinik befindlichen Falle dieser Art ist das Erregungsstadium nach 7 Wochen abgeklungen und besteht jetzt das vorerwähnte einfache Bild des terminalen Blödsinns. Auf der Höhe der bei der hämorrhagischen Unterform auftretenden Krankheitsattaquen bestehen Aehnlichkeiten mit den toxisch-infectiösen Cerebralerkrankungen.

Autoptisch lassen sich neben den bekannten diffusen makroskopisch und mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks schon makroskopisch sichtbare grössere und kleinere Blutungen feststellen, welche in die Hirnsubstanz, sowie in die epicerebralen und subarachnoidealen Räume stattgefunden haben. Mikroskopisch findet man ausserdem noch zahlreiche miliare Blutungen innerhalb der Hirnrinde, des Marklagers und des Hirnstammes, bald frischen Ursprungs, bald nur in der Form von amorphen oder krystallinischen Blutpigmenten, bald in der Gestalt gelber kleiner, als Residuen älterer Blutungen anzusehender Pigmentkörner. Ich bemerke hierzu, dass vereinzelte kleine Blutreste sich fast bei allen Paralytikern, welche im Initialstadium gestorben sind, in den cerebralen Lymphräumen vorfinden.

Die Besonderheit dieser hämorrhagischen Form besteht in dem frühzeitigen Auftreten massenhafter miliarer und grösserer Blutungen. Als Ursache dieser Blutungen lässt sich eine ausgedehnte hyaline Degeneration der Capillaren, Arteriolen und kleinen venösen Blutgefässe nachweisen. Bemerkenswerth ist, dass in einem hierher gehörigen Falle noch eine floride Syphilis zur Zeit der paralytischen Erkrankung bestand und dass in einem zweiten Falle sich ausgedehnte Tuberculose nachweisen liess.

C. Die Taboparalyse.

Klinisch-symptomatologisch gehören hierher nur diejenigen Fälle, bei welchen die paralytische Erkrankung sich zu einer schon bestehenden Tabes hinzugesellt hat. Sie kennzeichnen sich durch einen exquisit chronischen Verlauf des paralytischen Krankheitsprocesses, welcher die Folge

langdauernder Stillstände des Leidens ist. Besonders auffällig ist der langsame Fortschritt des Intelligenzdefects. Es zeigt sich hierbei eine ganz ungewöhnliche Spaltung der intellectuellen Schädigungen. Jahrelang können nur die feineren ethischen und ästhetischen Vorstellungen und Empfindungen eine sehr weitgehende Einbusse erfahren, während markante Urtheilsstörungen und Gedächtnissdefecte nur gelegentlich nachweisbar sind.

Die Neigung der Patienten zu Excessen in Venere, zum Lügen und Betrügen, zu rohen, gewaltthätigen Ausschreitungen ist oft das sinnenfälligste Zeichen der Charakterveränderung. Das Denken und Reden dagegen ist im allgemeinen logisch völlig correct und öfter mit einem geradezu scharfsinnigen Raisonnement verbunden. Häufig wissen die Patienten in geschicktester Weise ihre sittlichen Defecte zu vertuschen. Handelt es sich um intellectuell höher stehende Kranke, so können sie während der Remissionen des Leidens ihre berufliche Thätigkeit noch ungestört fortführen.

Im Prodromalstadium weist die Taboparalyse die typischen Befunde der Tabes auf; auch hier sind die reflectorische Pupillenstarre, das *Westphal*'sche Zeichen, Opticusatrophie, lancinirende Schmerzen, gastrische, laryngeale Krisen an der Tagesordnung. Es ist unnöthig, über die Frage, inwieweit diese Befunde der Tabes oder der Paralyse zur Last zu legen sind, zu debattiren. Denn wir sind nicht eher berechtigt, die Diagnose auf Taboparalyse zu stellen, als bis die übrigen charakteristischen Merkmale der Paralyse sich auf psychischem Gebiet entwickelt haben und auch andere der Paralyse zugehörige Störungen, besonders paralytische Anfälle oder intercurrent einsetzende und oft wochenlang währende hallucinatorische Erregungszustände, auftreten.

Bei dem weiteren Fortschreiten der Krankheit findet man dann auch die typische Verallgemeinerung des Intelligenzdefectes und die charakteristischen Störungen der Schrift und Sprache. Sie haben einen solchen Fall in der Klinik gesehen, bei welchem die Paralyse nachweislich vor 15 Jahren begonnen hat, während von tabischen Symptomen lancinirende Schmerzen, Gürtelgefühle und eine leichte Gehstörung schon jahrelang vor Beginn der Paralyse bestanden hatten.

Anatomisch finden wir ausser den tabischen Veränderungen des Rückenmarks einen ausgedehnten Faserschwund, der, soweit meine bisherigen Erfahrungen einen Schluss zulassen, besonders im Kleinhirn und in den hinteren, jenseits der Centralwindungen gelegenen Rindenabschnitten viel ausgeprägter ist, als bei den anderen Paralysefällen.

D. Die peripher-neuritisch bedingte, viscerale Form.

Mit diesem Namen möchte ich eine vierte Varietät der Paralyse belegen, welche ich mit aller Reserve anreihe. Sie zeichnet sich durch schwere, allgemeine und locale Ernährungsstörungen und durch einen bald rascher, bald langsamer sich vollziehenden Kräfteverfall aus, welcher mit schwersten visceralen Neuralgien, Parästhesien, brennenden und ätzenden Empfindungen in der Bauchhaut, dem Rücken und den unteren Extremitäten verbunden ist. Die Kniephänomene sind zum Unterschied von der taboparalytischen Form im Anfang der Erkrankung noch ungeschädigt oder sogar gesteigert, gehen aber bei weiterem Fortschreiten des Leidens allmählich verloren. Auf psychischem Gebiet besteht eine einfache paralytische Demenz. Häufig hört man von den Patienten hypochondrische, auf schmerzhafte Empfindungen sich beziehende Klagen. Man wird auch

hier rascher verlaufende Fälle, welche innerhalb eines Jahres nach dem Beginn der Erkrankung enden, und chronisch sich hinziehende unterscheiden können. Wenigstens deuten mehrere in diese Gruppe gehörige Fälle auf die Möglichkeit einer derartigen Unterscheidung hin. Einen Fall, in welchem die viscerale Form der Paralyse seit 6 Jahren besteht, habe ich Ihnen vorgestellt. Trotzdem die Demenz des Patienten weit fortgeschritten ist, tritt das Wimmern und Klagen über seine schmerzhaften Empfindungen noch anfallsweise auf. Zu anderen Zeiten liegt Patient stumpf und regungslos im Bett. Sein Körpergewicht nahm stetig zu. Gegenwärtig unterscheidet er sich kaum von den Fällen gewöhnlicher paralytischer Demenz. Sie erinnern sich aus der Anamnese des Falles, dass die Entwicklung der Krankheit eine ganz eigenartige gewesen ist.

Die Krankheit begann mit schweren Angstzuständen, Oppressionsempfindungen in der Brust und Schwindelerscheinungen. Hieran schlossen sich vorübergehendes Doppelsehen und Flimmerskotome. Im Herbst des Jahres 1895 fiel Gedächtnissschwäche auf. Patient, der Buchhalter in einem Geschäfte war, verschrieb sich oft und musste wiederholt addiren, bis er das richtige Resultat hatte. Hieran schloss sich Schlaflosigkeit, Schwere in den Beinen, vom Knie abwärts, brennende, juckende Hautempfindungen in den Unterschenkeln, Blasenschwäche, heftigste Schmerzen im Abdomen, bis in die Urethra ausstrahlend. Die Kniephänomene waren bei der Aufnahme gesteigert, ebenso die Fussphänomene. Schmerzempfindlichkeit an den unteren Extremitäten herabgesetzt. Zahlreiche Schmerzdruckpunkte an der Wirbelsäule, an den Gesichtsnervenaustritten und im Verlaufe des Ischiadicus, doppelseitig. Spracharticulation noch intact. Beide Pupillen sehr verengert. Lichtreaction doppelseitig deutlich abgeschwächt. Im Laufe der Beobachtung erlosch die Lichtreaction doppelseitig völlig. Ebenso schwanden die Kniephänomene. Patient wurde immer theilnahmsloser, gedächtnissschwächer, klagte viel über Schmerzen und Angst. Er wäre wohl ein Verbrecher und müsste ins Gefängniss wegen unsittlicher Handlungen. Ausserdem Parästhesie in den Fusssohlen, Schmerzen im Mastdarm und im Leibe, Appetitlosigkeit. Oft hartnäckige Obstipationen, die gelegentlich zu Kothstauungen mit Schüttelfrost und Fieber geführt haben. Gehäufte Klagen über Kopfschmerzen.

Die anatomischen Untersuchungen über die hierhergehörigen Fälle haben noch nicht zu einem eindeutigen Ergebniss geführt. Man wird sich damit begnügen müssen, diese Fälle in anatomischer Hinsicht als Analoga der peripherischen Neurotabes zu charakterisiren. Klinisch würde man die vorliegende viscerale Form am besten als parästhetische und neuralgische Paralyse kennzeichnen.

Es liegt mir fern anzunehmen, dass durch die Aufstellung der vier Unterformen das ausgedehnte Gebiet der progressiven Paralyse nach allen Richtungen hin genau abgegrenzt wird. Es bleiben vielmehr genugsam Fälle übrig, welche einen atypischen Verlauf nehmen und in eine der aufgestellten vier anatomischen Unterabtheilungen nicht genau hineinpassen, sondern trotz des klinisch-atypischen Verlaufes den pathologisch-anatomischen Befund der gewöhnlichen Paralyse aufweisen.

Es ist endlich noch zu erwähnen, dass sich die Krankheit meist nur im Anfangs- und Höhestadium individuell verschiedenartig gestaltet. Die

Schlussbilder sind in der Regel gleichartig und auch die anatomischen Besonderheiten haben sich im Schlussstadium vielfach verwischt.*

Pathologische Anatomie.

Wir werden bei der Darstellung der anatomischen Befunde am raschesten zum Ziele gelangen, wenn ich Ihnen die mikroskopischen Befunde an einer Reihe von Präparaten vorführe. Lassen Sie mich aber einige Vorbemerkungen über makroskopische, der Paralyse eigenthümliche Leichenbefunde machen. Bei Fällen im Endstadium des Leidens bestehen die charakteristischen Befunde in Folgendem: Ausgedehnter Hirnschwund, der sich bei der Wägung durch eine Reducirung des gesammten Hirngewichts bis auf 1000 Grm. und darunter nachweisen lässt. Die Hirnwindungen sind verschmälert, riff- und kammartig zwischen den klaffenden Sulcis emporragend. Ihre Oberfläche kann ein unregelmässiges, unebenes, stellenweise höckeriges Aussehen dadurch gewinnen, dass die Atrophie nicht gleichmässig ausgebreitet ist. Die Verschmälerung ist am deutlichsten in den lateralen, medialen und basalen Abschnitten des Stirnhirns erkennbar, während sie an der Rinde des Occipitallappens bei der gewöhnlichen Paralyse kaum angedeutet ist. Auf Durchschnitten tritt die Verschmälerung der Rinde noch deutlicher hervor. Dieselben zeigen an Stelle der grau-röthlichen eine grauweissliche Färbung der Schnittflächen. Auch das Marklager ist entschieden verschmälert, sehr häufig ödematös geschwellt, weisslich glänzend, von teigiger Consistenz. Die Ventrikel sind stark erweitert (Hydrocephalus internus), ihr Ependym fein granulirt. Letzteres tritt besonders im vierten Ventrikel hervor, wo in der Gegend der Alae cinereae die Oberfläche rauh und reibeisenartig erscheint. Aber auch in der Gegend der Striae corneae, in der Umgebung des Foramen Monroi und im Infundibulum wird man in alten Fällen die Ependymitis granularis nur ausnahmsweise vermissen. Die innere Kapsel ist auf den Durchschnitten oft streifig grau verfärbt, dieselbe Art der Verfärbung zeigen die Hirnschenkel. Die weichen Hirnhäute sind in der Mehrzahl der Fälle, aber durchaus nicht constant, verdickt, theils in der Form schwieliger, plattenartiger Einlagerungen in die Arachnoidea, theils als weisse Stränge längs der Gefässe. Granulöse Verdickungen der Arachnoidea sind seltener. Die subarachnoidealen Maschenräume enthalten eine grössere Menge seröser Flüssigkeit. In einem Theil der Fälle ist eine ausgesprochene Pachymeningitis haemorrhagica vorhanden. Bei der Entfernung der weichen Hirnhäute von der Oberfläche des Gehirns können die aus der obersten Gliahülle in die Pia einstrahlenden Gefässe so fest anhaften, dass sie theilweise mit weggerissen werden. In einer Reihe von Fällen sind flache, rostfarbene, von frischen Blutpunkten durchsetzte Auflagerungen unregelmässig über die basale Schädelgrube und die

* Der Versuch, eine besondere symptomatologisch gegliederte Unterform der weiblichen Paralyse aufzustellen, erscheint mir nicht gerechtfertigt, da nach meinen Erfahrungen die Paralyse der Frauen, abgesehen von gelegentlichem protrahirten Verlauf, eine eigenthümliche Verlaufsrichtung nicht darbietet. Es ist auch behauptet worden, dass die weibliche Paralyse im Verhältniss weniger oft durch Lues verursacht sei, als die männliche. Diese Behauptung ist nach meinen Beobachtungen durchaus nicht zutreffend. Zuzugeben ist nur, dass die Paralyse beim weiblichen Geschlecht, gleichviel aus welcher Ursache sie entsprungen ist, weniger häufig vorkommt, als die Männerparalyse. Auf einen weiblichen Fall kommen nach den gegenwärtigen statistischen Feststellungen 2·5 bis 3 männliche Fälle. In früheren Jahren hatten die Nachforschungen andere Verhältnisszahlen ergeben (1 W.: 9 M., respective 1 W.: 8 M.).

Convexität ausgebreitet, doch fehlen auch massige Blutansammlungen, Hämatome der Dura mater nicht.

Das Kleinhirn zeigt makroskopisch keine deutlichen Veränderungen, dagegen werden Degenerationsprocesse im Rückenmark kaum jemals vermisst werden. Dieselben sind oft unregelmässig auf den einzelnen Rückenmarksquerschnitten als streifige oder flächenhaft ausgedehnte graue Degenerationen, vorwaltend in den Hintersträngen und in den Pyramidenseitensträngen, erkennbar. Auch die Spinalwurzeln zeigen graue Streifungen. Daneben gibt es ausgeprägte einfache (typische Hinterstrang- oder Pyramidenseitenstrangdegenerationen), und combinirte Systemerkrankungen.

Bei den frischen Fällen haben wir zu unterscheiden: *a)* die acut und subacut, *b)* die chronisch verlaufenden Fälle, bei denen aber der Krankheitsprocess in einem früheren Stadium des Leidens (wenn die Krankheit nachweislich erst bis zu einem Jahre gedauert hat) infolge intercurrenter Erkrankungen tödtlich verlaufen ist. Handelt es sich um acute oder subacute Fälle, so ist die Atrophie meist makroskopisch erkennbar, wenn auch in geringerem Maasse und oft verdeckt durch ödematöse Schwellungen oder starke Blutfüllungen sowohl der Rinde, als auch der Marksubstanz. Bei den sub *b)* bezeichneten chronischen Fällen kann makroskopisch oft jede deutliche Veränderung vermisst werden. Nur die Ependymitis granularis hat selten gefehlt.

Lassen Sie uns jetzt zu den mikroskopischen Veränderungen übergehen, die nach meiner Ueberzeugung viel beweiskräftiger sind. Sie haben hier an den aufgestellten Präparaten auseinanderzuhalten: *a)* die Veränderungen des functionstragenden Nervengewebes, *b)* die Gliasubstanz s. str. (ektodermale Antheile der Stützsubstanz), *c)* die Blutgefässe und das Saftbahnsystem.

a) Die Veränderungen der Nervensubstanz betreffen wohl das ganze Neuron. Nach meiner Ansicht, die sich bislang freilich mehr auf Erwägungen, als auf beweisende Befunde stützen kann, sind sowohl die Axencylinderfortsätze und ihre Collateralen (marklose Fasern und freie Axencylinder), als auch die Dendriten frühzeitig in ausgedehntem Maasse an dem Degenerationsprocess betheiligt. Bekanntlich besitzen wir noch keine Methoden, um diese functionell so bedeutsamen Theile des Neurons, auf deren Integrität die intracorticale, resp. intercellulare Uebertragung von Erregungen beruht, auf Schnittpräparaten kenntlich zu machen. Noch viel weniger gelingt es, ihre pathologischen Veränderungen klar zu stellen.*

Dagegen sind wir im Stande, die Veränderungen an den Nervenzellen und markhaltigen Nervenfasern mit genügender Deutlichkeit und Sicherheit festzustellen. Ich mache Sie auf die grosse Verschiedenheit der Zelldegenerationen aufmerksam.

Sie finden selbst bei alten, im Endstadium befindlichen Fällen noch intacte Zellen. Am meisten eignen sich zu solchen Zellstudien die grösseren, pyramidenförmigen Ganglienzellen. Daneben findet man Zellen mit partiellem und totalem Untergang der *Nissl*'schen Granula, ferner Kernveränderungen mit Blähungen, Quellungen und völliger Auflösung. Die Kernkörperchen sind dann fragmentirt oder ganz verloren gegangen. Schliesslich findet man auch geschrumpfte, sklerosirte, fortsatzlose Zellen. Auf

---

* Die *Golgi*'sche Methode und die neueren Verbesserungen derselben sind zur Untersuchung der Paralytikergehirne noch nicht verwendbar.

die Bedeutung der partiellen und totalen Zelldegenerationen habe ich Sie schon früher hingewiesen. Den Untergang der markhaltigen Nervenfasern können Sie am besten an den sog. Tangentialfasern (oberste Rindenschicht) feststellen. Er ist aber auch in den anderen Rindenschichten, besonders in der tieferen Radiärschicht, und ebenso in der Markleiste unverkennbar.

b) Die Veränderungen der Gliasubstanz bestehen, namentlich in den alten Fällen, in einer auffälligen Vermehrung und Verdickung der Gliafasern, besonders in den oberen Rindenschichten. Auch in der äusseren Gliahülle sind die Gliazellen entschieden vermehrt. Dies trifft auch für die frühen Stadien der chronisch verlaufenden Fälle zu. In den fortgeschritteneren Stadien wird die Gliavermehrung immer deutlicher. Bei den acut verlaufenden Fällen ist eine Vermehrung der Gliazellen durch die neue *Weigert*'sche Methode sichergestellt. Wenn chronische Fälle in späteren Stadien der Krankheit zur Untersuchung gelangten, sind ebenfalls karyokinetische Vorgänge an den Gliazellen beobachtet worden, die zu den lange bekannten Bildern der Spinnenzellen führten. Durch die Untersuchungen der Glia ist festgestellt, dass auch die tiefer gelegenen Theile des Gehirns, Markleiste, Balken, Centrum semiovale, Thalamus opticus, an dem Krankheitsprocess in ausgedehntem Maasse betheiligt sind.

c) Eine grosse Bedeutung beanspruchen die Veränderungen der Blut- und Lymphgefässe, die schon in frühen Stadien der chronischen Paralyse, vor allem aber bei den acut und subacut verlaufenden Fällen nicht fehlen. Die venöse Blutbahn ist überall erweitert und prall mit rothen Blutkörperchen gefüllt. Die Arteriolen und Capillaren zeigen in ausgedehntem Maasse regressive Veränderungen vom Charakter der hyalinen Degeneration. Die Endotheladventitia (insbesondere der kleinen Gefässe) ist verdickt; auch die übrigen Theile der Gefässwand zeigen, vornehmlich bei älteren Fällen, deutliche Proliferationsvorgänge, streifige Verdickung, Kernvermehrungen. Sowohl im extra- als auch im intraadventitiellen Saftbahnsystem, das, besonders in älteren Fällen, bald stark erweitert, bald durch mässige hyaline Einlagerungen stellenweise verengt ist, finden sich rothe und weisse Blutzellen, geronnene Lymphe, amorphes, scholliges und feines Blutpigment in wechselnder Menge. Sehr lehrreich ist auch das Studium der leptomeningitischen Veränderungen. Eine der ersten Veränderungen ist hier die Verdickung und Kernvermehrung der Endotheladventitia an den von der Pia in die Rinde einstrahlenden Gefässen. Ich habe Ihnen auch Präparate aufgestellt, an denen Sie deutlich Kernwucherungen innerhalb der Endothelmembran der Pia selbst vorfinden. An anderen Stellen sehen Sie partielle Obliterationen der epicerebralen Räume durch Verwachsungen der Gliahülle mit dem verdickten Piaabschnitt. Es ist leicht verständlich, dass durch diese Verlegungen der Abflussöffnungen des extravasculären, bezw. intercellulären Saftcanalsystems hochgradige Störungen der Lymphcirculation (Lymphstauungen) bewirkt werden.

Was die Bedeutung der anatomischen Veränderungen betrifft, so dürfen wir zunächst als feststehend annehmen, dass der Untergang des functionstragenden Gewebes (in Gestalt von Neuronschädigungen) das Wesentliche und für den Ausfall der Functionen Maassgebende ist. Dagegen ist es zweifelhaft, ob die pathologischen Vorgänge an der functionstragenden Nervensubstanz oder an der Glia oder endlich an den Blutgefässen die primären sind. Ich vermeide es, auf diese strittigen Punkte hier einzugehen, und möchte Ihnen nur meine auf ausgedehnten Studien beruhende

Ueberzeugung aussprechen, dass die Schädigung des Nervengewebes die primäre ist und dass sich erst späterhin die reparatorischen und exsudativen entzündlichen Vorgänge an diese Schädigung anschliessen.

Therapie.

Das wichtigste Capitel im Hinblick auf unsere ärztlichen Aufgaben ist leider bei dieser Krankheit das dürftigste. Da die Anfänge des Leidens noch vielfach in Dunkel gehüllt sind, so ist es auch nicht möglich, eine ausgiebige und erfolgreiche prophylaktische Behandlung mit sicherer Aussicht auf Erfolg einzuleiten. Wir können nur allgemeine Grundsätze aufstellen. Hat eine frühere syphilitische Durchseuchung stattgefunden, haben sich Zeichen der Syphilisneurasthenie oder -hypochondrie eingestellt, so werden wir dem Patienten die grösste körperliche und geistige Schonung anempfehlen müssen. Sind Zeichen specifisch-syphilitischer Krankheitsprocesse im Gebiete des Centralnervensystems vorhanden, so werden wir eine antisyphilitische Behandlung durchführen, da bekanntlich die Paralyse sich häufiger der Syphilis hinzugesellt, resp. ihr nachfolgt.

Wir werden die in Rede stehenden Krankheitsfälle einer stetigen Controle unterziehen und selbst die leichtesten psychischen Veränderungen zum Ausgangspunkt schärferer ärztlicher Maassregeln machen. Vor allem werden wir die geistige und körperliche Diätetik reguliren.

Ist die paralytische Erkrankung festgestellt, so haben wir zunächst auf eine sorgfältige Pflege der Kranken Bedacht zu nehmen. Sodann haben wir die Patienten und deren Angehörige davor zu schützen, dass durch die Intelligenzschädigungen, durch Wahnvorstellungen und psychische Exaltationszustände materieller Ruin sich einstellt. Auch werden wir dafür Sorge tragen, dass etwaige Sittlichkeitsdelicte oder andere strafbare Handlungen in ihrer ursächlichen Beziehung zu der Hirnerkrankung erkannt und die Patienten vor weiteren Ausschreitungen bewahrt werden. Um den civil- und strafrechtlichen Folgen der paralytischen Krankheitsäusserungen vorzubeugen, ist eine frühzeitige Entmündigung der Kranken nothwendig.

Die einfache paralytische Demenz kann sehr wohl in der Familie verpflegt werden, wenn die socialen Bedingungen hierfür günstig sind. Erregte oder mit Selbstmordtendenzen behaftete Kranke bedürfen der Anstaltsbehandlung.

Ich kann versichern, dass die Pflege der Paralytiker auf der Höhe der Erkrankung und im Endstadium die grössten Anforderungen an die Aufmerksamkeit und die Geduld der Aerzte und des Pflegepersonales stellt.

3. VORLESUNG.

Ueber sexuelle Perversionen.

Von

R. v. Krafft-Ebing,

Wien.

Meine Herren! Es ist eine unbestrittene Erfahrung, dass zu allen Zeiten und bei den verschiedensten Völkern, ganz besonders aber bei den civilisirten, das Geschlechtsleben in seiner Bethätigung Abweichungen von dem Zweck der Natur geboten hat, die, je nachdem, von Acten blosser Unsittlichkeit bis zu den ungeheuerlichsten und widerlichsten sexuellen Handlungen sich erstreckten.

Insofern diese nach Umständen schwere Verletzungen der allgemeinen Moral und der öffentlichen Sittlichkeit involvirten, nicht minder Schädigungen der Gesundheit der Einzelnen bedeuteten, mussten sie die Aufmerksamkeit der Kirche und der Staatsgewalt erregen.

Der Beurtheilung der Sociologen, Moralisten, Philosophen, Theologen und Juristen vergangener Zeiten erschienen diese Verirrungen des Geschlechtslebens einfach als Sünde, Laster, als zurechenbare Perversitäten und sowohl die geistliche, als die später an ihre Stelle tretende weltliche Gerichtsbarkeit bemühten sich, leider meist vergeblich, gegen die schlimmsten unter diesen Verirrungen, insbesondere gegen die sogenannte Sodomie (worunter man sexuale Acte cum bestia aut cum persona ejusdem sexus begriff) mit den härtesten Strafen, selbst mit Feuer und Schwert vorzugehen, um die bedrohten Interessen der allgemeinen Sittlichkeit zu schützen. Es dauerte bis tief in das 19. Jahrhundert hinein, dass die medicinische Wissenschaft, nach Ablegung einer durch nichts gerechtfertigten Prüderie diese „Verirrungen" der Vita sexualis zum Gegenstand ihrer Studien machte. Die in den letzten Jahrzehnten allenthalben unternommenen wissenschaftlichen Forschungen förderten überraschende Resultate zu Tage, indem sie den Nachweis erbrachten, dass eine Unzahl solcher Abweichungen von der Norm sexuellen Fühlens und Handelns auf pathologische Bedingungen in Gestalt seelisch-körperlicher Entwicklungsstörungen zurückführbar sind und damit der Domäne der Medicin und der Naturwissenschaft, speciell

der Biologie, Anthropologie, Neuro- und Psychopathologie angehörige Erscheinungen darstellen. Die neuro- und psychopathologische Begründung derselben erschien um so nothwendiger, als sie in ihrer Kundgebung, in ihrem klinischen Bilde vielfach ganz gleichartig den thatsächlichen, auf willkürlicher Hingabe an das Laster beruhenden Perversitäten zu Tage treten, während sie doch in Wirklichkeit, in ihrem Wesen als tief in abnormen Einflüssen der Organisation begründete, dem freien Wollen der von ihnen heimgesuchten Individuen entzogene Perversionen sich auswiesen. Mit diesen Nachweisen hat die medicinische Wissenschaft der Justiz einen grossen Dienst erwiesen und zugleich eine Ehrenrettung der Menschheit vollzogen, denn solche von sexueller Perversion Betroffene können nicht mehr als lasterhafte, sondern nur als abnorm geartete oder auch krankhaft entartete Mitmenschen angesehen und beurtheilt werden.

Es erwächst nunmehr der Gesellschaft in Gestalt der öffentlichen Meinung, der Gesetzgebung und der Rechtsprechung die Pflicht, von den Erfahrungen medicinischer Forschung Kenntniss zu nehmen, falls sie nicht fortfahren wollen, Unschuldige und Schuldige zusammenzuwerfen und täglich Ehre, Freiheit, Leben von unzähligen unverantwortlichen, weil abnorm constituirten oder krankhaft gearteten Mitbürgern zu gefährden.

Durch Fortsetzung ihrer Bestrebungen, solche Perversionen zu erforschen, ihre Ursachen, ihre Erscheinungsweisen, ihre unterscheidenden Merkmale von blosser Perversität klar zu legen, erwächst der Medicin eine sociologisch, forensisch, humanitär und culturell dankenswerthe Aufgabe. Bei der enormen Häufigkeit, mit welcher in der heutigen Culturgemeinschaft solche abnorme sexuale Erscheinungen sich vorfinden, kann es keinem von Ihnen, meine Herren, erspart bleiben, sich in den Abgründen psychosexualer Entartung zu orientiren, denn sowohl in foro criminali, als auch in der Alltagspraxis können Sie täglich in die Lage kommen, derlei psychosexuale Anomalien beurtheilen zu müssen. Es kann die Frage an Sie herantreten, ob im concreten Fall Perversion oder blosse Perversität vorhanden ist, inwieweit bei ersterer Alternative eine Verantwortlichkeit für strafgesetzlich verpönte Handlungen angenommen werden kann. Sie müssen in anderen Fällen Rath ertheilen, ob und mit welchen Mitteln eine Beseitigung der sexualen Perversion möglich sei, ob und wie der mit ihr Behaftete seine Potenz herstellen könne, eine Ehe eingehen dürfe u. dergl. m. In allen Fällen befinden wir uns aber als Aerzte individuellen pathologischen Situationen gegenüber, die zu dem Schwersten und Traurigsten gehören, was das Schicksal Menschen auf ihrem Lebensweg zufügen kann, und handelt es sich um die Beantwortung von Fragen, von deren richtiger Lösung die höchsten Güter individuellen Daseins in Gestalt von bürgerlicher Ehre und Existenz abhängen.

Gerne folge ich deshalb der Aufforderung der Herausgeber der „Deutschen Klinik", Ihnen in der heutigen Vorlesung eine dem derzeitigen Stand wissenschaftlicher Forschung entsprechende Darstellung der sexuellen Perversionen zu geben.

Ich werde dabei bemüht sein, wesentlich den Standpunkt des Klinikers einzunehmen und in erster Linie die Bedürfnisse des ärztlichen Praktikers zu berücksichtigen. Einige Vorbemerkungen über die Physiologie und Psychologie des Geschlechtslebens, soweit sie für das Verständniss der Pathologie unerlässlich sind, mögen mir gestattet sein.

Das Geschlechtsleben* ist an die Function der Geschlechtsdrüsen (Hoden, Ovarien) gebunden und äussert sich im allgemeinen nur so lange, als diese thätig sind, d. h. Sperma (beziehungsweise Ovula) produciren. Diesseits dieser individuell verschiedenen Zeitdauer gibt es Ahnungen (Kindesalter), jenseits Erinnerungen (Greisenalter).

Man spricht von Geschlechtscharakteren, insofern männliche und weibliche Individuen anatomisch und functionell, körperlich und seelisch sich von einander unterscheiden.

Man trennt diese Geschlechtscharaktere in primäre (Geschlechtsdrüsen und Fortpflanzungsorgane) und secundäre. Die letzteren sind somatische und psychische. Sie entwickeln sich erst um die Zeit des Erwachens der Function der Geschlechtsdrüsen (Pubertät). Es gibt seltene Fälle von Präcocität der Entwicklung des Geschlechtslebens, gleichwie solche von tardiver. Sie finden sich wohl immer auf der Grundlage abnormer evolutiver Bedingungen, und zwar bei neurotisch belasteten Individuen.

Diese secundären Geschlechtscharaktere charakterisiren die beiden Geschlechter, stellen specifische männliche und weibliche Typen dar. Je höher die anthropologische Entwicklung einer Race, um so stärker sind diese Differentiationen ausgeprägt. Je tiefer die Entwicklungsstufe, um so weniger treten diese Unterschiede zwischen Mann und Weib zu Tage. Diese Differenzen bilden seelische gegenseitige Anziehungspunkte für die verschiedenen Geschlechter (physiologischer Fetischismus).

Wichtige somatische secundäre Geschlechtscharaktere sind Schädel, Skelett, besonders Becken, Gesichtstypus, Haarwuchs, Kehlkopf (Stimme), Mammae, Oberschenkel, proportionale Fett- und Muskelentwicklung u. s. w.

Wichtige psychische secundäre Charaktere sind vor allem das Geschlechtsgefühl (Bewusstsein einer besonderen geschlechtlichen Individualität als Mann oder Weib), ein diesem congruenter Geschlechtstrieb** und eine Reihe von auf Grundlage des Geschlechtsgefühls zur Entwicklung gelangenden Charakterzügen, seelischen Dispositionen, Neigungen u. s. w.

Diese Differenzirung der Geschlechter und die Herausbildung geschlechtlicher Typen ist offenbar das Resultat einer unendlich langen Reihe von Zwischenstufen evolutiven Geschehens. Die ursprüngliche Stufe war jedenfalls Bisexualität, Hermaphrodisie, wie sie heutzutage noch bei niederen Thieren und beim heutigen Menschen wenigstens in den ersten Fötalmonaten seiner Entwicklung angetroffen wird.*** Der Typus der heutigen Evolutionsstufe ist Monosexualität, und zwar eine den betreffenden Geschlechtsdrüsen empirisch zukommende congruente Entwicklung secundärer körperlicher und psychischer Geschlechtscharaktere.

---

* Um dem Leser ein weiteres Eingehen auf die Wissensgebiete dieses Vortrages zu erleichtern, gebe ich in Fussnoten Hinweise auf die wichtigste Literatur und Casuistik. Ad Geschlechtsanlage und Geschlechtsunterschiede: *Bardach*, Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft, 1826—1840. — *Ploss*, Das Weib, 1891, 3. Aufl. — *Havelock Ellis*, „Mann und Weib", deutsch von *Kurella*, 1894.

** *A. Moll*, Die conträre Sexualempfindung, 3. Aufl., pag. 3. — *A. Moll*, Untersuchungen über die Libido sexualis, Berlin 1897—1898, I, 1, 2.

*** *Frank Lydston*, Philadelphia med. and surg. Report. September 1888. — *Kirnan*, Med. Standard, November 1888. — *Chevalier*, L'inversion sexuelle. Paris 1893, pag. 408.

Aber Spuren der entgegengesetzten Sexualität bleiben zurück. Auf Grund allerdings noch unbekannter Störungen der Evolution* können diese „caractères sexuels latents" *(Darwin)* Bedeutung gewinnen.

Der menschliche Geschlechtsapparat lässt sich in drei Abschnitte zergliedern**:

1. Geschlechtsdrüsen mit zugehörigen Begattungsorganen;

2. spinale Centren, die theils hemmend, theils erregend auf 1. einwirken und Vorgänge der Ernährung, Absonderung, Hyperämisirung, Erection, Ejaculation daselbst hervorrufen;

3. cerebrale Gebiete, als Entstehungsort all der complicirten psychisch-somatischen Vorgänge, die man als Geschlechtssinn, Geschlechtstrieb, überhaupt als (sinnliches) Geschlechtsleben bezeichnet.

Diese drei Abschnitte sind durch Nervenbahnen mit einander verbunden und in innigster functioneller Wechselwirkung.

Da 1. und 2. bisexual veranlagt vorhanden sind, ist die Annahme gerechtfertigt, dass die embryonale Bisexualität auch ihre cerebrale Veranlagung haben mag, d. h. dass diejenige Gegend im Gehirn, wo alle Bahnen des Geschlechtsapparates zusammenkommen und ihre centrale Vertretung finden (Centrum), sowohl männlich als weiblich vorgesehen sei.

Ueber den gegenseitigen evolutiven Einfluss dieser verschiedenen Abschnitte des Sexualapparates auf einander weiss die heutige Wissenschaft nur wenig Positives.

Bekanntlich hat Entfernung oder Untergang der Geschlechtsdrüsen vor eingetretener Pubertät die Wirkung, dass die Entwicklung secundärer somatischer und psychischer Geschlechtscharaktere verkümmert.

Umgekehrt bestehen aber keine Erfahrungen dafür, dass ein Einfluss centraler Gebiete, die erst um die Zeit der Pubertät sich geltend machen, auf die Evolution der peripheren Geschlechtsorgane stattfände.

Ist der gesammte Geschlechtsapparat zur Entwicklung und Functionirung gelangt, so fällt die Ausbildung von den Geschlechtsdrüsen congruenten psychischen Geschlechtscharakteren wohl ausschliesslich cerebralen Gebieten zu. Möglicherweise macht sich deren Einfluss auch bezüglich der physischen secundären Geschlechtscharaktere geltend. Man könnte hier an die Vermittlung eines subcorticalen, vielleicht spinalen Centrums denken, das als trophisches auch im Sinne der Regulirung der Thätigkeit der Generationsorgane wirksam sein könnte. Wie erwähnt, besteht auf der heutigen Stufe der sexuellen Entwicklung unter normalen Verhältnissen das Gesetz der monosexualen und der den zur Evolution gelangten Generationsdrüsen congruenten körperlich-psychischen Artung des Individuums.

Ist im Kampf der bisexuellen Kräfte um die Existenz von einer gewissen Zeit des Fötallebens ab die männliche Veranlagung (Hoden, aus den *Wolff*'schen Gängen sich entwickelnde männliche Generationsorgane) siegreich gewesen, so verkümmert die weibliche Anlage (Ovarien, *Müller*sche Gänge), entwickelt sich weiterhin unter Auftreten der congruenten secundären körperlichen und psychischen Geschlechtscharaktere die volle Männlichkeit und erstreckt sich ein etwaiges sexuelles Begehren auf die

* *Josef Müller*, Ueber „Gamophagie". Stuttgart 1892.

** *v. Krafft-Ebing*, Jahrbücher für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. XIII, H. 1. Der conträr Sexuale vor dem Strafrichter. 1895, 2. Aufl.

Befriedigung am Weibe. Das Umgekehrte gilt für das Individuum, bei welchem die weibliche Anlage den Sieg davon getragen hat.

Diese vollständige sexuelle Differenzirung ist aber nur da zu erwarten, wo die Evolution absolut keinen ungünstigen Einflüssen unterworfen war. Dass diese evolutiven Störungen in centralen Abschnitten gesucht werden müssen, lehren die Erfahrungen bezüglich der Hermaphrodisie, deren Entstehung, wie Versuche von *Panum, Dureste, Lombardini* beweisen, ausschliesslich in die Entwicklung des Eies schädigenden Factoren ihre Erklärung findet.

Der Einfluss dieser Entwicklungsstörung der Keimdrüsen erstreckt sich aber nur auf die Gestaltung der Generationsorgane und bis zu einem gewissen Grade auf die Artung der secundären physischen Geschlechtscharaktere. Diese Thatsache lässt sich als eine Interferenzwirkung männlicher und weiblicher Geschlechtsdrüsen deuten, von welchen aber bekanntlich meist die weiblichen verkümmern, so dass es keinen vollentwickelten Hermaphroditismus (gleich ausgebildete männliche und weibliche Geschlechtsdrüsen) gibt, vielmehr einen Pseudohermaphroditismus, und zwar aus obigen Gründen einen masculinus. Indem auch hier das Gesetz der Monosexualität, und zwar congruent den individuell dominirenden Geschlechtsdrüsen gewahrt bleibt, dominiren auch beim Pseudohermaphroditismus die männlichen psychischen und physischen secundären Geschlechtscharaktere. Höchstens geschieht es, dass bei einigermaassen doch zur Geltung gelangenden weiblichen Keimdrüsen eine Interferenzwirkung im Sinne der Asexualität beobachtet wird.

Die Störung der gesetzlichen Entwicklung zur Mono- und den Geschlechtsdrüsen entsprechenden Sexualität kann somit nur in das centrale Nervensystem schädigenden Einflüssen begründet sein.

Welcher Art diese Schädigungen sein mögen und wie ihre Wirkung, ist eine offene Frage.

Für die interessanteste und wichtigste, weil häufigste Perversion, nämlich diejenige, welche auf sogenannter Homosexualität beruht, lässt sich eine Störung evolutiver Vorgänge in der Erreichung der heute bestehenden Organisationsstufe annehmen.

Diese Störung wäre zu suchen in einer mangelhaften Hemmung der nach dem Gesetz der monosexualen Entwicklung zum Untergang oder mindestens zur Latenz verurtheilten Sexualität, deren Veranlagung im Kampf bisexueller Kräfte unterlegen war. Jene Anomalie unvollkommener Vernichtung einer gegensätzlichen bisexuellen Veranlagung wäre aber nur eine Ueberschreitung von Ueberbleibseln derselben, wie sie bei jedem Manne und Weib noch heutzutage vorkommen und auf die ursprüngliche phylo- und ontogenetische Bisexualität hinweisen.

Es sei in dieser Hinsicht nur verwiesen beim Manne auf den Utriculus masculinus s. vesicula prostatica (als Ueberbleibsel der *Müller*'schen Gänge), beim Weib auf das Paroophoron, als Ueberbleibsel des Urnierentheils des *Wolff*'schen Körpers, und auf des Epoophoron, als Rest der *Wolff*'schen Gänge und als Analogon der Epididymis des Mannes.

Nimmt man an, dass, als Ausdruck gestörter evolutiver Bedingungen zur Erreichung der Monosexualität, auch die ursprüngliche bisexuale Veranlagung, und zwar, neben der zur Entwicklung gelangten, auch die gegensätzliche cerebrale, wenn auch nur latent, virtuell fortbestand, so wird die

Erklärung ganz paradoxer Erscheinungen von Perversion ermöglicht. Es ist denkbar, dass in solchem Falle das der Geschlechtsdrüse correlate centrale Gebiet nicht seine Vollentwicklung findet, während das conträre dazu gelangt, damit einen dominirenden Einfluss auf die Entwicklung psychischer und auch physischer secundärer Geschlechtscharaktere gewinnt (psychische Hermaphrodisie) oder ganz das andere, eigentlich zur Herrschaft berechtigte verdrängt, und zwar schon von der Zeit des erwachenden Geschlechtslebens ab (sogenannte angeborene conträre Geschlechtsempfindung — Homosexualität). Es kann aber auch geschehen, dass das schlecht entwickelte oder veranlagte, der Geschlechtsdrüse congruente Centrum erst im Laufe seiner späteren Existenz durch erworbene Schädigungen (Neurasthenia ex masturbatione z. B.) insufficient wird und dass das bisher latente conträre Centrum die Herrschaft an sich reisst (erworbene s. tardive Homosexualität), so dass eine gegensätzliche Vita sexualis sich entwickelt und seelisch aus dem Manne ein Weib, aus dem Weibe ein Mann wird.

Dass die Annahme einer fortbestehenden und nur latenten centralen Bisexualität ihre Begründung hat, ergibt sich aus Beobachtungen, wonach z. B. durch verfrühten Klimax bei Weibern oder artificiellen bei solchen eine neue Geschlechtsentwicklung im Sinne des bisher latenten conträren Sexualgebietes Platz griff, selbst mit einer nochmaligen Pubertätsentwicklung, und an die Stelle eines Weibes (mit allerdings schwach entwickelten weiblichen psychischen und physischen Geschlechtscharakteren) eine männliche Persönlichkeit trat.*

Bedingung für ein solches scheinbares Wunder dürfte in derartigen Fällen eine noch genügende Vitalität sein, um quasi eine sexuelle Neuschöpfung zu bewirken, während sonst dem Klimacterium das Senium folgt. Ein Gegenstück ist die zuweilen beim Manne zu beobachtende Entwicklung weiblicher Geschlechtscharaktere nach Entfernung der Hoden.

Die Annahme einer fortbestehenden bisexuellen centralen Anlage findet aber auch eine Stütze in vielen Beobachtungen des Alltagslebens, insofern man gar nicht selten Theilerscheinungen physischer und psychischer geschlechtlicher conträrer Artung in der Gesellschaft findet.

Ich erinnere blos an Männer mit Faible für weibliche Beschäftigung (Stickerei, Toiletten u. dergl. m.), an Weiber mit Faible für männlichen Sport (ohne allen educatorischen Einfluss) und in beiden Fällen mit bedeutender Geschicklichkeit für gegensätzliche und auffallendem Ungeschick für eigentlich dem Geschlecht zukommende Beschäftigung. Hierher gehören Männer mit Castraten-, Weiber mit Bass- oder Feldwebelstimme und bezüglicher Kehlkopfbildung, mit engem Becken, Bartwuchs, Verkümmerung der Mammae, umgekehrt Männer mit Mammabildung (Gynäkomastie), überhaupt Erscheinungen des sogenannten Masculismus und Feminismus.

Vom ätiologischen klinischen Standpunkt möge schon jetzt darauf hingewiesen werden, dass solche Abweichungen vom Typus einer bestimmt ausgeprägten Sexualität, gleichwie die wirklichen Perversionen überhaupt, als abnorme Artungen physisch-psychischer sexueller Entwicklung aufzufassen sind, Theilerscheinungen degenerativer Artung des

* *v. Krafft-Ebing,* Psychopathia sexualis. 11. Aufl., pag. 247 (Der denkwürdige Fall von *Kaltenbach* mit Entwicklung nicht blos psychischer, sondern auch physischer Geschlechtscharaktere des Mannes bei einem Weibe; ebenda Beob. 126 von mir bei einem Weibe, aber nur Entstehung psychischer Charaktere).

Centralnervensystems, und zwar meist im Rahmen hereditär bedingter Entartung, darstellen.

Diese Verletzung biologischer Gesetze bei Entarteten manifestirt sich vielfach auch in anderer Weise, wie z. B. in Präcocität oder Tardität evolutiver Vorgänge, Hemmungs-, Ausfalls- und abnormen Reactionserscheinungen in wichtigen seelischen Functionen, anatomischen Degenerationszeichen u. dergl.

Unter den psychischen Geschlechtscharakteren ist nun eine der hervorragendsten Erscheinungen das Geschlechtsgefühl, d. h. die besondere Rolle, Stellung, in welcher sich ein Individuum des einen Geschlechts zu Individuen des anderen fühlt. Nach den obigen Auseinandersetzungen über das Gesetz der Monosexualität, und zwar der sich den vorhandenen Keimdrüsen congruent entwickelnden, ist beim normal entwickelten heutigen Manne nur die Rolle einer männlichen Existenz dem Weibe gegenüber und umgekehrt möglich.

Aus dem Geschlechtsgefühl entspringt die Anziehung, gegenseitige Sympathie (Contrectationstrieb, *Moll*), welche die Geschlechter auf einander ausüben, wobei (s. oben) physische und psychische secundäre Geschlechtscharaktere gegenseitig bestimmend sind.

Aus mit der gleichzeitigen Thätigkeit der Geschlechtsdrüsen zusammenhängenden Vorgängen erwächst der Drang (Detumescenztrieb — *Moll*) zu geschlechtlichen Acten an und mit Personen des entgegengesetzten Geschlechts.

Dieser Geschlechtstrieb kann, vermöge körperlich-seelischer, meist angeborener Dispositionen, sehr verschiedene Intensität haben.

In sehr seltenen Fällen fehlt er, trotz anatomisch intacter und normal functionirender Geschlechtsdrüsen, überhaupt (Asexualität, Anaesthesia sexualis); meist ist er mässig entwickelt, nicht die Dominante im Fühlen und Streben des Culturmenschen und nicht allzuschwer reprimirbar. Zuweilen ist er übermässig entwickelt (Hypersexualität, Hyperaesthesia sexualis), eventuell nicht einmal mit dem vollzogenen Geschlechtsact temporär befriedigt (Nymphomanie beim Weib, Satyriasis beim Mann). Es können sich dann fatale Complicationen (s. unter Sadismus) ergeben.

Beim Weibe ist der Geschlechtstrieb durch Züchtung und Sitte nicht so hervortretend, wie beim Manne. Der nicht hypersexuale Culturmensch wird nicht durch alle Personen des anderen Geschlechts sinnlich angezogen, sondern nur durch solche mit bestimmten, aber individuell verschiedenen physischen und psychischen secundären Geschlechtscharakteren (Fetischismus eroticus). Dadurch wird der monogamischen Geschlechtsvereinigung (Ehe) und damit wichtigen Zwecken der Natur, sowie der gesellschaftlichen Ordnung Vorschub geleistet.

Dieser physiologische Fetischismus scheint in Bezug auf sein Object erklärbar dadurch, dass mit einer ursprünglichen und mächtigen geschlechtlichen Erregung zufällig zeitlich die Begegnung mit einer Person des anderen Geschlechts zusammentraf, deren besondere physische oder auch psychische Eigenschaften die Aufmerksamkeit erregten, wobei die Wahrnehmung dieser in innige associative Verbindung mit dem Sexualaffect trat und dieser eine Steigerung erfuhr. Mit dem Wiederauftreten des einen oder anderen Elements dieser Association wurde jeweils dieselbe wieder hergestellt. Durch die häufige Wiederholung dieser festigte sich

der Zusammenhang, wurde das geschlechtliche Fühlen und Vorstellen auf Personen determinirt, welche der originalen Begegnung entsprechen.

Dieser psychologische Vorgang bleibt in den Grenzen des physiologischen Gebietes, so lange der ihn Bietende nicht in dem Fetisch aufgeht, vielmehr dieser nur als Theilvorstellung zur Erschliessung der Gesammtvorstellung des Trägers des Fetischzaubers in allen ihren seelischen und physischen Eigenschaften dient und in derselben aufgeht, ferner wenn das Vorhandensein des Fetisch nicht conditio sine qua non der Potenz ist.

Anderenfalls wird daraus ein pathologischer Fetischismus (s. unten).

Bemerkenswerth ist, dass der physiologische Fetisch, ebensowenig als der pathologische, eine directe Beziehung zum Sexus, beziehungsweise zu den Sexualorganen hat. Er bewegt sich ausschliesslich in der Sphäre secundärer physischer und psychischer Geschlechtscharaktere und hat eine mehr weniger ästhetische Bedeutung in der Psyche des ihm Unterworfenen, keine direct sinnliche, wenn auch des Leibes Wohlgestalt, seine Jugend, Frische, Kraft u. s. w. als Gesammtvorstellung und unbewusst sinnlich erregend wirken mögen.

Der Fetisch hat zum Gegenstand vorzugsweise körperliche individuell wirksame Eigenschaften, nicht selten aber auch geistige.

In ersterer Hinsicht sind besonders wirksam beim Manne Haar, Hand, Fuss des Weibes. Unterstützend kann zur Geltung kommen die natürliche, eventuell künstliche (Parfüm) Ausdünstung desselben.

Mehr seelisch wirksam sind besondere psychische Eigenschaften, der Ausdruck des Auges, der Timbre der Stimme u. s. w.

In analoger Weise, mutatis mutandis, wirksam erscheinen beim Weibe körperliche Geschlechtscharaktere des Mannes im Sinne der Grösse, Kraft (Athleten, Circusreiter u. s. w.), der Virilität (Barthaar); psychische als Muth, hervorragende Intelligenz, im übertragenen Sinne als hohe gesellschaftliche Stellung, Militärstand („zweierlei Tuch"), Zauber der Stimme (Sänger).

Ich wende mich, nach Erwähnung dieser grundlegenden allgemeinen Thatsachen, zum eigentlichen Thema der Besprechung, der klinisch und praktisch wichtigen sexuellen Perversionen. Dieselben lassen sich in zwei grosse Gruppen eintheilen:

I. Perversionen, bestehend darin, dass die Geschlechtsempfindung und der Geschlechtstrieb Personen des eigenen Geschlechtes zugewendet sind (Homosexualität s. conträre Sexualempfindung).

II. Perversionen, bestehend darin, dass trotz heterosexualer Empfindung und Triebrichtung das sexuelle Gefühls- und Triebleben eine pathologische Artung erfährt, auf Grund von krankhaften Veranlagungen, Associationen und Gefühlsbetonungen (Sadismus, Masochismus, Fetischismus).

I. Die conträre Sexualempfindung.

Bei voller Ausprägung dieser Erscheinung fühlt sich der Mann als Weib und in der Befriedigung sexueller Triebe zu Personen des eigenen Geschlechts, und zwar in weiblicher Rolle, gedrängt.

Umgekehrt fühlt sich das Weib in männlicher Position anderen Weibern gegenüber.

Diese abnorme Erscheinung ist uralt in der Völkergeschichte; ihr wissenschaftliches Studium datirt erst seit einigen Jahrzehnten. Die obige Terminologie, welche den Kern der Sache trifft, verdankt man *Westphal.* Synonym sind die Ausdrücke „Homosexualität", „Inversio sexualis", „Uranismus".

Die Anomalie ist eine äusserst häufig vorkommende und wegen ihrer Beziehungen zum Forum und zur Gesellschaft eine überaus wichtige.

Die Literatur über conträre Sexualempfindung ist eine jetzt schon sehr grosse und in den Werken von *Moll* (Die conträre Sexualempfindung, 3. Aufl., 1899) und von mir (Psychopathia sexualis, 11. Aufl., 1901) leicht überschaubare.

Ehe diese sexuelle Anomalie von dem Licht medicinischer Forschung beleuchtet wurde, galt sie allgemein für ein abscheuliches Laster, für das sich blos der Jurist, der Theologe, der Sociologe und allenfalls noch der Philologe zu interessiren vermochten, insofern jene in den Werken der griechischen und lateinischen Classiker vielfach Erwähnung fand und allgemein in Hellas, gerade zur Zeit von dessen höchster Blüthe („griechische Liebe") verbreitet war. Ganz besonders bekannt war sie unter dem Namen der „Päderastie".

Da es zu allen Zeiten und aus den verschiedensten Gründen Männer gab, welche, ohne dazu vermöge ihrer Organisation genöthigt zu sein, geschlechtliche Acte an Personen des eigenen Geschlechtes vornahmen (nach Umständen auch Päderastie), da man nur die That und nicht die zu ihr führenden Motive würdigte, gelangte man erst so spät zu einer Trennung von Perversität und Perversion, von Laster und unverschuldeter abnormer Triebrichtung. Auch in der Gegenwart bedarf es oft eingehender wissenschaftlicher Untersuchung, um den concreten Fall von Sodomia ratione sexus richtig zu beurtheilen.

An die Spitze jeder solchen Untersuchung muss die Forderung gestellt werden, dass die an und für sich perverse Handlung nur dann als Folge eines conträr sexualen Empfindens gelten kann, wenn der Thäter sich seelisch zu einer Person des eigenen Geschlechts hingezogen fühlt, Geschlechtsempfindung einer solchen gegenüber hat.

Geschlechtliche Acte mit einer solchen im Stadium eines noch undifferenzirten Geschlechtsgefühls (präpubische Uebergangszustände), aus Eigennutz (männliche Hetären), aus sexuellem Kitzel bei geschädigter Potenz (verkommene Wüstlinge), aus übergrosser Libido geschlechtlich sonst normaler Personen bei Unmöglichkeit, sie am anderen Geschlecht zu befriedigen (Matrosen nach langer Seefahrt, Gefangene beiderlei Geschlechts, lüsterne Weiber, die Gravidität scheuen u. s. w.), all diese Fälle dürfen mit conträrer Sexualität nicht verwechselt werden.

Das Wesen dieser ist, dass ein Individuum auf Grund eines der Entwicklung seiner Geschlechtsdrüsen conträren Geschlechtsgefühls, das sich wieder auf psychische Geschlechtscharaktere, die dem anderen Geschlecht zukommen, beziehen lässt, zu einer Person des eigenen Geschlechts sich hingezogen fühlt. Diese conträre Sexualempfindung hat verschiedene Grad- bezw. Entwicklungsstufen.

Auf der untersten Stufe, die ich psychische Hermaphrodisie genannt habe, fehlt nicht das Geschlechtsgefühl zu Personen des andern Geschlechts, aber das zum eigenen dominirt. Die Fähigkeit, mit beiden

Geschlechtern aus seelischer Neigung geschlechtliche Acte auszuführen, ist vorhanden, aber Libido, Potenz, Orgasmus und Befriedigung ist eine ungleich grössere beim sexuellen Verkehr mit Personen des eigenen Geschlechts. Es sind also hier im Sinne des früher Erwähnten beide ursprüngliche Geschlechtsveranlagungen zur Entwicklung gelangt, indem keine der beiden endgiltig den Sieg über die andere davongetragen hat, aber die secundären körperlichen Charaktere blieben davon unberührt und die psychischen sind nur insoweit betheiligt, als das Geschlechtsgefühl zum eigenen Geschlecht und somit die Attraction zu diesem eine grössere ist, als zum andern.

Eine weitere Stufe stellt die sogenannte Homosexualität dar. Hier ist nur das conträre Geschlechtsgefühl entwickelt, das normale fehlt gänzlich. Den Mann vermag das Weib sinnlich nicht zu reizen, selbst nicht das schönste, dagegen wird das ganze Geschlechtsleben durch Personen des eigenen Geschlechts mächtig erregt. Geschlechtlicher Verkehr mit dem Weib ist meist unmöglich, da dasselbe nicht aphrodisisch wirkt, selbst Horror einflösst.

Nur ausnahmsweise gelingt der Coitus cum muliere, indem dasselbe mehr männliches Aeussere hat oder indem der conträr sexuale Mann in seiner Phantasie einen geliebten Mann an Stelle des Weibes denkt. Secundäre conträre physische Geschlechtscharaktere finden sich auf dieser Stufe noch nicht (der Betreffende imponirt in seiner äusseren Erscheinung durchaus als Mann), psychische nur qua conträres Geschlechtsgefühl plus etwaiger, dem weiblichen Geschlecht zukommender seelischer Dispositionen und Neigungen. Die conträre Sexualempfindung bleibt aber unmotivirt, unerklärt im Bewusstsein des ihr Unterworfenen. Er fühlt sich als Mann, bei etwaigen geschlechtlichen Acten mit einem anderen in keiner bestimmten activen oder passiven Rolle.

Als dritte Stufe erscheint nach meiner Eintheilung die Effeminatio (Mann) und Viraginität (Weib). Auf dieser Stufe ist das ganze geschlechtliche Fühlen, Denken und Streben weiblich beim Manne, männlich beim Weibe. Man kann hier geradezu sagen, dass eine weibliche Seele im männlichen Körper, eine männliche im weiblichen besteht. Hier sind alle secundären psychischen Geschlechtscharaktere conträr geartet. Der Betreffende fühlt sich auch als Weib, bedauert als Mann geboren zu sein; umgekehrt ist es mit dem Weibe. Die Neigungen des effeminirten Mannes sind weiblich, er beschäftigt sich mit Vorliebe mit der Sphäre des Weibes zukommenden Dingen. Er interessirt sich für weibliche Kleidung und Schmuck, hat Geschmack und Verständniss für weibliche Toiletten, kann dem Drang oft nicht widerstehen, verstohlen weibliche Kleidung anzulegen, und empfindet dabei grosse Befriedigung. Sein Empfinden ist ein so tief weibliches, dass es ihm nicht schwer fällt, die Rolle des Weibes gesellschaftlich durchzuführen und Unerfahrene über sein eigentliches Geschlecht zu täuschen.

Er fühlt sich durchaus als Weib anderen Männern gegenüber, so auch bei geschlechtlichen Handlungen mit ihnen, wobei er die passive Rolle anstrebt.

Er schwärmt für durch körperliche und geistige Vorzüge ausgezeichnete Männer.

Gerade umgekehrt ist es mit dem Weibe, das sich als Mann fühlt.

Die höchste Entwicklungsstufe conträrer Sexualität stellt die Androgynie (Mann) und die Gynandrie (Weib) dar.

Hier sind nicht blos die psychischen, sondern auch die körperlichen secundären Geschlechtscharaktere mehr weniger den Geschlechtsdrüsen conträr geartet. Das sind Scheinmänner, die vom Manne nur die Genitalien haben, umgekehrt Scheinweiber.

Die Berechtigung, nach den Geschlechtsdrüsen das Geschlecht zu bestimmen, wird hier fraglich. Hier kommt der centrale Antheil des geschlechtlichen Apparates ausschliesslich zur Geltung. Anatomisch (Uebergänge zur somatischen, teratologischen Hermaphrodisie kommen nicht vor) und physiologisch (die Geschlechtsdrüsen functioniren normal) hat man Männer und Weiber vor sich, aber psychisch ist es umgekehrt. Die Schranken, welche Gesetz und Sitte solchen Existenzen ziehen, werden von ihnen als eine drückende Last empfunden. Die Menstruation ist dem conträr sexualen Weibe ein Gräuel, das darunter moralisch unsäglich leidet. In mächtigen Sexualaffecten schwindet die Zurückhaltung und es erscheint der Mann öffentlich in der Tracht des Weibes, dieses in der Tracht des Mannes.

Die männlichen psychischen Geschlechtscharaktere, unterstützt durch körperliche, befähigen das Weib, diese Rolle oft lange durchzuführen, ohne dass das wahre Geschlecht erkannt würde.

So hat es Weiber gegeben, die Ehen mit anderen Weibern zu schliessen vermochten, die sich in männlicher Rolle (als Soldaten, Arbeiter und so weiter) in der Welt zu behaupten wussten.

Bei der Geltendmachung ihrer sexuellen Bedürfnisse am eigenen Geschlecht bieten sich diesen conträr Sexualen dadurch Schwierigkeiten, dass ihre Genitalien ganz normal geartet sind. Sie laufen damit Gefahr, in ganz naturwidriger und anstössiger Weise ihre Libido zu befriedigen, während an und für sich dieser homosexuale Drang nicht als naturwidrig bezeichnet werden kann, vielmehr dem geschlechtlichen Empfinden dieser Stiefkinder der Natur durchaus adäquat ist.

Leider macht sich bei der grossen Mehrzahl dieser Menschen der Geschlechtstrieb abnorm stark und oft auch verfrüht geltend.

Selbst unter diesen gibt es einzelne geistig und sittlich hochstehende Individuen, welche sich zu beherrschen vermögen, freilich um den Preis, physisch und moralisch schwer zu leiden und ein verfehltes Leben durchzuschleppen, denn die conträre Sexualempfindung ist ein vollkommenes Aequivalent der normalen.

Man denke sich in die Lage eines normalen, mit lebhaftem Geschlechtstrieb von der Natur versehenen Mannes, dem die Aussicht auf Liebe, Ehe, Zeugung von Nachkommen durch physische, moralische, gesetzliche Hindernisse zeitlebens versagt wäre!

In günstiger Position sind noch die wenigen conträr Sexualen mit minimer Libido und dadurch möglicher Enthaltung von einem sonst so mächtigen Naturtrieb.

Die ungeheuere Majorität dieser Unglücklichen wird von ihrem übermächtigen Sexualtrieb zur Befriedigung hingerissen und empfindet diese überdies als ihrer Natur angemessen und wohlthätig.

Sie leidet nur darunter, dass diese Befriedigung, soweit sie beischlafartige Handlungen darstellt, unter Strafe gestellt ist und in den Augen

des nicht bis zur wissenschaftlichen Erkenntniss vorgedrungenen Mitmenschen als schimpfliches Laster dasteht. Feinfühlige conträr Sexuale empfinden es als kaum erträglich, diesen abnormen Naturtrieb verheimlichen zu müssen, durch Markirung normaler Empfindung und Libido zu maskiren und der Befriedigung desselben nur unter den grössten Gefahren und in aller Heimlichkeit sich hingeben zu können, während für die normal Organisirten jede Art geschlechtlicher Befriedigung, selbst die abscheulichste, an Personen des anderen Geschlechtes ausgeführt, vom Gesetz und der öffentlichen Meinung tolerirt sind, sofern der bezügliche Act nicht öffentlich ausgeübt wird, nicht erzwungen ist und unter geschlechtlich Mündigen stattfindet. Es gibt Gesetzgebungen, welche so naiv sind, das Delict der Sodomia ratione sexus nur bei Männern zu kennen, nicht aber inter feminas begangen. Logischerweise müsste, wenn überhaupt der homosexuelle Verkehr, unter den auch für Heterosexuale geltenden Bedingungen ausgeführt, strafrechtlich verfolgt werden sollte, auch der überaus häufige weib-weibliche Geschlechtsumgang unter Strafe gestellt werden, denn auch hier handelt es sich doch um das Gleiche wie inter mares — Befriedigung des Geschlechtstriebes an einer Person desselben Geschlechtes.

Weil das Weib keinen Penis hat und man bei Schöpfung des Gesetzes (z. B. in Deutschland) sich die Art der Befriedigung unter Männern nur als active oder passive Päderastie dachte, unterblieb die Strafdrohung dem Weibe gegenüber.

Nun sind aber Weiber ebensogut fähig, sich untereinander zu befriedigen, als Männer, indem sie Cunnilingus treiben oder Frictrices sind. Physiologisch kommt es doch nur darauf an, dass durch irgend einen sexualen Act Orgasmus, sowie Ejaculation und damit Befriedigung erzielt wird.

Auch beim Weibe kann es auf der Höhe sexueller Erregung zu einem der Ejaculation des Mannes analogen Act und dadurch zur geschlechtlichen Befriedigung kommen.

Eine weitere Inconsequenz begehen die Strafrichter, indem sie die Art der Ausführung des sexuellen Actes (der doch physiologisch gleichgiltig ist) als entscheidend für die Strafbarkeit der sexuellen Handlung ansehen.

So concedirt der deutsche Richter dem conträr sexualen Mann die mutuelle Masturbation, straft aber in allen Fällen, in welchen „beischlafähnliche“ Handlungen constatirt sind (z. B. stossende Bewegungen des membrum ad corpus alterius, Coitus inter femora, in os.)

Wenn viri inter se Masturbation treiben, indem der eine penem alterius in manu tali modo recipit, ita ut quasi vagina amplexus sit, so ist das doch auch ein beischlafähnlicher Act in antro viri artificiali, aber nicht strafbar, ebensowenig als zwei Weiber, welche durch Tribadie einander befriedigen!

Die Art der Befriedigung conträr sexualer Männer ist meist masturbatio mutua oder imitatio coitus inter femora. Bei solchen mit reizbarer Schwäche des Ejaculationscentrums genügt schon Amplexus viri dilecti, eventuell Tactus oder Osculatio zur Ejaculation.

Bei Effeminirten findet nicht selten Fellatio statt, zuweilen auch passive Päderastie. Im allgemeinen finden sich die grossen Cyniker aber mehr auf Seiten der nicht conträr Sexualen.

Bei conträr sexualen Weibern findet man Osculatio, Amplexus lascivus, Cunnilingus oder auch Tribadie. Viragines und Androgyne bedienen sich zuweilen eines membrum artificiale. Das sind wesentlich die sexuellen Praktiken dieser bedauernswerthen Individuen.

In der ungeheuren Mehrzahl der Fälle ist die conträre Sexualität eine primäre und spätestens um die Zeit der Pubertätsentwicklung auftretende Erscheinung. Sie entwickelt sich physio-psychologisch in ganz derselben Weise wie die normale Sexualität, als deren Aequivalent.

Die Factoren, welche die psychische Sexualität der conträr Sexualen bedingen, scheinen sich sehr früh, wahrscheinlich noch im Fötalleben geltend zu machen im Sinne einer den conträren Sexualcentren zum Siege verhelfenden stärkeren Veranlagung und grösseren Functionstüchtigkeit dieser. Man ist deshalb berechtigt, die conträre Sexualempfindung als eine eingeborene Anomalie zu bezeichnen.

Thatsächlich zeigen sich zuweilen schon vom 5. Lebensjahre ab vorzeitige Regungen dieser conträren Sexualität, also zu einer Zeit, wo von äusseren determinirenden Einflüssen auf dieser Stufe des kindlichen, einer Sexualität, und gar einer besonderen, sonst noch gar nicht sich bewussten Seelenlebens nicht die Rede sein kann.

Dieser Regel stehen Ausnahmen gegenüber in Gestalt einer erst lange Zeit nach der Pubertät aufgetretenen conträren, ursprünglich normal sich geäussert habenden Sexualität.

Man spricht dann von erworbener, richtiger wohl tardiver, conträrer Sexualempfindung, im Gegensatz zur eingeborenen (originären).

Die Thatsache einer tardiven conträren Sexualempfindung hat einzelne Forscher zu der Annahme geführt, es gäbe keine angeborene Veranlagung eines bestimmten Geschlechtstriebes überhaupt und damit auch keine angeborene conträre Sexualempfindung. Nach diesen Gelehrten wird die Richtung des Geschlechtstriebes zur Zeit seiner Entfaltung durch psychologische Factoren, durch äussere und zufällige Anlässe bedingt.

Treffen in der Zeit beginnender geschlechtlicher Regungen mit solchen sinnliche Eindrücke, ausgehend von Personen, zusammen, so bilden sich Associationen im Vorstellen, die mit sich häufender Wiederkehr und zeitlich zusammenfallend, immer fester werden und den bisher undifferenzirten Geschlechtstrieb nach einer bestimmten Richtung drängen, eventuell auf Personen desselben Geschlechtes, wenn Repräsentanten desselben mit den ersten geschlechtlichen Regungen in associative Beziehungen treten.

Das ganze Geschlechtsleben wird also nach solchen Anschauungen durch psychologische Vorgänge (Associationen) determinirt.

Zugegeben wird nur, dass bei conträr Sexualen eine neuropathische Belastung bestehe, welche dem Haften von Associationen, selbst wenn deren Inhalt ein sexuell perverser sei, Vorschub leisten möge, und dass solche associirte Ideen die Bedeutung von Zwangsvorstellungen für das übrige Vorstellen und das Handeln des ihnen Unterworfenen gewinnen könnten. So erkläre es sich auch, dass eventuell durch künstlichen Eingriff (suggestiven Einfluss in Hypnose) ein auf widernatürliche Bahnen gerathener Geschlechtstrieb in normale Geleise zurückgebracht werden könne.

Dieser psychologische Erklärungsversuch der conträren Sexualempfindung scheint mir absolut unannehmbar. Er macht erstens nicht verständ-

lich das Auftreten von conträr sexualem Fühlen bei Kindern, die noch gar kein Bewusstsein von Sexualität haben. Er berücksichtigt zweitens nicht die Erfahrung, dass bei unseren Sitten und Erziehungseinrichtungen die ersten geschlechtlichen Regungen bei beiden Geschlechtern mit dem Anblick und Contact gleichgeschlechtlicher Individuen in der Regel zusammenfallen und dass Knaben die Knaben, Mädchen ihre Geschlechtsgenossinen über sexuelle Dinge aufzuklären pflegen, nicht die Eltern oder Erzieher, die sich scheuen dies zu thun. Nach obiger Theorie müssten die homosexualen Individuen die Regel, die heterosexualen die Ausnahme sein, was aber glücklicherweise in der Erfahrung nicht zutrifft. Selbst da, wo die stärkste Einwirkung in Gestalt von sexuellem Verkehr unter Knaben, sowie unter Mädchen in der Zeit des sich regenden Geschlechtstriebs (Pubertät) stattgefunden hat, ist die Zahl dieser Jünglinge und Mädchen, welche conträr sexual werden, eine verschwindend kleine — ein deutlicher Hinweis darauf, dass es sich in solchen Fällen um eine besondere Disposition, um eine eingeborene Veranlagung handeln muss. Andernfalls findet sofort mit der vollen Entfaltung der Geschlechtsreife der Geschlechtstrieb und seine Richtung, congruent der Art der Geschlechtsdrüsen, seine Ausgestaltung durch Entwicklung entsprechender psychischer Geschlechtscharaktere. Sobald dies geschehen, kehrt sich aber das mit normaler Geschlechtsempfindung und entsprechendem Geschlechtstrieb versehene Individuum von den bisherigen homosexualen Verirrungen ab und fühlt sich zu Personen des anderen Geschlechts hingezogen. Drittens: Es ist überhaupt zu bezweifeln, dass bei normal veranlagten Menschen zu irgend einer Zeit ihres Lebens eine Person des eigenen Geschlechts sinnlich eine Attraction üben könne.

Dass bei jungen Leuten, meist hypersexualen, die geschlechtlich faute de mieux miteinander verkehren, sich mehr entwickle, als eine gewisse Anhänglichkeit an den Spender geschlechtlicher Genüsse, müsste erst bewiesen werden. Der jugendliche Sünder mag an dem Tactus und dem warmen Körper des Socius Gefallen haben, das ihn den mutuellen dem solitären Act vorziehen lässt, aber er fühlt dabei doch, dass diese Art der Befriedigung nicht das Richtige ist, und, wenn schon gereifter, wird dabei ihm das Bild eines weiblichen Körpers vorschweben oder wenigstens ein Sehnen nach etwas anderem den Act begleiten.

Geht man auf Grund solcher Erfahrungen an die Untersuchung sogenannter erworbener Fälle von conträrer Sexualempfindung, so finden sich, neben einer neuropathischen Constitution, die auch die Gegner anerkennen, zunächst vielfach Hinweise darauf, dass die conträre sexuale Sphäre, wenn auch latent, doch nicht ganz ausser Spiel war. So habe ich Fälle von tardiver conträrer Sexualität gesehen, bei welcher in der Zeit der Geschlechtsentwicklung die Geschlechtsempfindung ungewöhnlich lange zu ihrer Consolidirung brauchte, förmlich im Schwanken und in der Schwebe war, bei Jünglingen nach masturbatorischem Excess oder nach einer Gonorrhoe dem Weibe gegenüber stumpf wurde, episodisch Personen des eigenen Geschlechts eine „unerklärliche“ Anziehungskraft gewannen, Freunde in die lasciven Traumbilder anlässlich von nächtlichen Pollutionen verwoben waren. Einzelne dieser Personen waren auffällig durch Andeutungen von Feminismus, überhaupt durch vereinzelte, dem weiblichen Geschlecht zukommende körperliche oder auch psychische secundäre Geschlechtscharaktere, Mangel

einer festen und männlichen Individualität an und für sich. Es geschah zuweilen in psychischen Ausnahmszuständen (Rausch, epileptischer Dämmerzustand), dass solche Leute, natürlich ohne die Personen zu verkennen, auf männliche geschlechtliche Angriffe machten, während sie im normalen Bewusstsein durchaus heterosexual sich verhielten und ihre sexuelle Entgleisung nicht begreifen konnten. Das weist doch auf fortbestehende bisexuale Veranlagungen hin, und dass mindestens im unbewussten Dasein „caractères sexuels latents" eine Rolle spielten.

Nur bei dergestalt prädestinirten Individuen ist es möglich, dass eines Tages durch ein psychologisches Ereigniss eine Function, die normaliter so fest begründet ist, wie die Geschlechtsempfindung, und durch vieljährige Bethätigung noch weitere Fundirung fand, in ihr Gegentheil invertirt werden kann.

Aber damit dieses psychologische Moment zur Wirkung gelangen kann, bedarf es erfahrungsgemäss noch einer ganzen Reihe von physischen und psychischen vorbereitenden Einflüssen.

Bei der grossen Wichtigkeit des Gegenstandes in prophylaktischer Hinsicht will ich versuchen, Ihnen dieselben klarzulegen.

Gewöhnlich handelt es sich um hypersexuale Menschen, die dadurch früh in Gefahr kommen, mit ihren Genitalien Missbrauch zu treiben, meist durch solitäre Masturbation, eventuell durch mutuelle. Dadurch kommt es aber bei neurotisch belasteten Individuen meist bald zu Neurasthenie. Diese hat schädigende Wirkung auf Körper und Geist. Sie führt zu psychischer Impotenz oder auch zu physischer, mit der Gefahr der Blamage dem Weib gegenüber; sie schädigt Orgasmus und Wollustgefühl beim Coitus, dessen Schädigung bis zu Anaphrodisie sich erstrecken kann und den Coitus cum muliere immer reizloser erscheinen lässt. Zuweilen trägt auch eine erlittene Infection zur Abkehr vom Weibe bei. Der Kranke, von Natur abnorm geschlechtsbedürftig, hilft sich mit Masturbation oder sucht wegen seiner Impotenz eventuell neuen Reiz und Vermeidung von Blamage im Verkehr mit Kindern u. s. w.

In allen Fällen erkennt eines Tages der physisch und moralisch herabgekommene Neurastheniker als die Ursache seines ganzen Jammers die Masturbation. Er versucht sie zu meiden. Es treten massenhaft Pollutionen auf und verschlimmern noch seinen Zustand, während doch seine Libido fortbesteht. Die normale geschlechtliche Empfindungsweise ist auf dem Nullpunkte. Nun vermag das bisher latente Centrum conträrer Sexualität zur Geltung zu gelangen.

Es entwickelt sich im geselligen Verkehr mit Gleichgeschlechtlichen das Geschlechtsgefühl zum eigenen Geschlecht. In dieser Verfassung erfolgt eines Tages Verführung durch einen Mann. Sie findet ein wohlvorbereitetes, widerstandsloses Opfer. Im Verkehr mit Personen des eigenen Geschlechts wird die frühere normale Sexualität latent, eine neue hat sie verdrängt und verschafft Ruhe und Befriedigung.

Insofern stimmen also die beiden Theorien überein, als äussere Einflüsse den Geschlechtstrieb determiniren können, aber die psychologische Theorie lässt diese Möglichkeit unter allen Umständen zu und übersieht die mannigfachen originären, dauernden und temporären Bedingungen, die leiblich und seelisch krankhafte Verfassung, auf Grund welcher allein eine solche Inversion möglich ist.

Nur auf solcher Grundlage vermag sich wirkliche conträre Sexualempfindung zu entwickeln, während bei Leuten ohne solche Veranlagung und geschaffene körperlich-seelische Dispositionen eine etwaige homosexuelle Entgleisung nur eine Episode darstellt, in welcher es sich quasi um Acte der Onanie in corpore alterius handelt, ohne alle seelische Befriedigung, weil blosse Perversität und nicht Perversion besteht.

Bei solchen Fällen kann man sicher sein, dass unter günstigen Einflüssen von selbst die Norm der Vita sexualis wieder erstrebt und erreicht wird.

Beweisend für die Richtigkeit der obigen Erklärung der tardiven conträren Sexualität ist die Erfahrung, dass diese auch durch ärztliche Kunst vielfach einer Remedur zugänglich ist, aber nur dann, wenn die temporären Dispositionen, speciell die psychisch-somatischen Störungen, welche die Neurasthenie schufen, und die accessorischen Ursachen (Milieu und so weiter) aus dem Wege geräumt werden konnten.

Auf diese Angelegenheit werde ich, wenn wir die Therapie besprechen, zurückzukommen haben.

Interessant und beweisend sind jedenfalls auch die Fälle von conträrer Sexualempfindung, wo jeweils mit der Wiederkehr der oben erwähnten schädigenden Einflüsse (Verschlimmerung der Neurasthenie) die conträre Sexualität neuerlich auftritt, um mit der Beseitigung jener zu schwinden, bezw. normaler Sexualität zu weichen.

Ohne die Annahme einer Bisexualität und (unter normalen Verhältnissen) einer Vernichtung der conträren Veranlagung, von welcher nach Umständen noch entwicklungsfähige Residuen persistiren, lassen sich die Thatsachen der tardiven Homosexualität nicht erklären.

Bleibt diese sich selbst überlassen, so beschränkt sie sich in der Regel auf die Stufe der Homosexualität, d. h. an die Stelle heterosexualer Geschlechtsempfindung ist dauernd die homosexuelle getreten.

Zuweilen kommt es übrigens zu einer interessanten Weiterentwicklung im Sinne der Effeminatio.

Von nicht geringer Bedeutung ist die Diagnose der uns beschäftigenden Anomalie in klinischer und namentlich in forensischer Hinsicht. Sie werden sich überzeugt haben, meine Herren, dass der Standpunkt der Laien, welcher hier nur Laster und willkürliche Hingabe an dasselbe sieht, ein ganz unannehmbarer ist. Hier handelt es sich um die Verletzung eines empirischen Naturgesetzes unter allerdings noch unklaren Bedingungen, und dieser wissenschaftlichen Annahme stehen phylo- und ontogenetische Thatsachen im Sinne einer bisexuellen Veranlagung zu Gebot.

Wir stehen hier einer Naturerscheinung gegenüber, auf welche der Wille des Individuums keinen Einfluss hat. Wollte man eine Anklage erheben, so könnte sie nur gegen die Natur, nicht aber gegen den unschuldigen Träger dieser Anomalie gerichtet sein. Man kann hier auch nicht von Krankheit sprechen, sondern nur von einer Anomalie, d. h. von einer Abweichung von der Norm der sexuellen Entwicklung.

Unter allen Umständen ist diese Anomalie mit geistiger Gesundheit verträglich.

Wenn solche Unglückliche Neuropathiker sind, auch nicht selten zeitweise oder dauernd psychisch erkranken, so liegt dies zum Theil in den seelischen Conflicten, in welche sie auf Grund ihrer geschlechtlichen Perversion ge-

rathen müssen, zum Theil in der unvollkommenen oder perversen (Onanie) Befriedigung geschlechtlicher Bedürfnisse, wesentlich aber darin begründet, dass die Träger dieser Anomalie fast ausschliesslich belastete, und zwar erblich belastete Individuen sind. Auch ihre nicht seltene Minderwerthigkeit (namentlich auf ethischem Gebiet — moralische Imbecillität) ist nur eine der gleichen Quelle (Belastung, degenerative Veranlagung) wie die conträre Sexualität entstammende Störung von cerebralen Entwicklungsvorgängen.

Dass vielfach solche conträr sexuelle Personen auch charakterologisch eigenartig sind, nicht recht Mann und nicht Weib, vielmehr Mischlinge mit secundären psychischen und körperlichen Charakteren des einen und des anderen Geschlechts, erklärt sich wohl aus den interferirenden Einflüssen einer fortbestehenden bisexualen Veranlagung. Wenn also die Ausbildung eines decidirten und festen Charakters auf Schwierigkeiten stösst, so kann ich doch nach meiner Erfahrung von einer besonderen Verlogenheit und anderen schlimmen Eigenschaften innerhalb der ersten zwei Gradstufen der conträren Sexualität, die von manchen Beobachtern behauptet wird, nichts berichten. Auch in dieser Hinsicht haben diese Menschen vor den Heterosexualen nichts voraus. Wie auch ohne conträre Sexualität auf dem Gebiete der erblichen Belastung überwerthige Persönlichkeiten vorkommen, so geschieht dies auch bei conträr Sexualen. In *Moll's** Werk finden Sie illustre Namen von Männern der verschiedensten Zeiten und Völker, die als Fürsten, Staatsmänner, Dichter, Künstler u. s. w. der Stolz ihrer Nationen sind und nachweislich conträr sexual waren.

Diese Abnormität darf aber auch deshalb nicht für eine Krankheit oder gar für ein Laster gehalten werden, weil die Entfaltung der Vita sexualis (der conträr Sexualen) mit ihrer Wirkung auf das Gemüth und den moralischen Sinn ebenso harmonisch und befriedigend sein kann, wie beim sexual normal Veranlagten. Auch daraus lässt sich erkennen, dass die conträre Sexualität ein Aequivalent der Heterosexualität sein muss.

Wären diese conträr Sexualen nicht unvollkommene Männer und Weiber, so wäre an ihnen nichts auszusetzen. So aber sind sie Zerrbilder der Schöpfung — geistig Weib und körperlich Mann und umgekehrt.

Es ist von grossem Interesse zu erforschen, wie sich im Bewusstsein dieser Anomalen ihre Abnormität wiederspiegelt. Logisch und intellectuell, bei ihrer Selbstvergleichung mit normal gearteten Mitmenschen, erkennen sie allerdings dieselbe vollkommen; ethisch und mit dem Gefühl empfinden sie die aus ihrer abnormen Geschlechtsempfindung entspringenden Triebe als natürlich und berechtigt. Gibt es doch solche, welche für die sociale Gleichberechtigung ihrer perversen Geschlechtsempfindung mit derjenigen der in dieser Hinsicht normal fühlenden Menschen plädiren und nichts Geringeres als die gesetzliche Anerkennung ihrer Anomalie in Gestalt der Ehe unter Urningen forderten — eine naive, aber logische und die Tiefe und Natürlichkeit der conträr sexualen Empfindung bekundende Forderung. Für ethisch Vollsinnige ist diese Anomalie eine schwer zu tragende Lebensbürde und der Conflict zwischen sexueller Empfindungsweise und socialer Pflicht zuweilen ein so tragischer, dass im Selbstmord seine Lösung gesucht und gefunden wird. Hypersexuelle und noch dazu ethisch Minder-

* *Moll*, Conträre Sexualempfindung. 3. Aufl., pag. 110—143.

werthige werden die Sklaven ihrer perversen Triebe und sind nach Umständen arge Cyniker, die sich über alle Schranken des Gesetzes hinwegsetzen.

Die specielle Diagnose hat mit der Schwierigkeit zu kämpfen, dass die Symptome der conträren Sexualempfindung wesentlich subjective und psychische sind, und dass die sexuellen Handlungen mit solchen aus blosser Perversität sich decken können.

Der Schwerpunkt für die Beurtheilung ist damit in die Untersuchung der Abstammung, der seelischen und speciell der sexuellen Entwicklung gelegt, ferner in die Ergründung der treibenden Motive zu sexuellen Handlungen.

Der Nachweis einer Belastung, anatomischer und functioneller Entartungszeichen, neuro- und psychopathologischer Erscheinungen ist werthvoll, weil er auf besondere Dispositionen hinweist, auf Grund welcher auch conträre Sexualempfindung vorkommt. Nur in seltenen Fällen wird eine familiäre oder speciell hereditäre Belastung sich hier nicht erweisen lassen, dafür eventuell aber der individuell belastende Einfluss von fötalen Gehirnkrankheiten, Rachitismus u. s. w. Von grosser Bedeutung ist natürlich die Ermittlung der sexuellen Entwicklungsweise im concreten Falle.

Verschiedene Collegen haben meinen Krankengeschichten so ziemlich allen Werth abgesprochen, da ich mich von den Betreffenden hätte anschwindeln lassen. Ich hätte nicht gedacht, dass mich jemand für so kritiklos und ungeschickt halten könne, muss es aber überhaupt bezweifeln, dass jemand in einem empirisch so klaren und durchsichtigen Erscheinungsgebiet, wie es die conträre Sexualität darstellt, mit allen ihren Rückwirkungen auf Seele und Körper den erfahrenen Arzt täuschen könnte. Von der Simulation des Ganzen sehe ich natürlich gänzlich ab.

Man muss sich sein Urtheil bilden an conträr Sexualen, die an ihrer Existenz verzweifeln, auf Selbstmord sinnen und als letztes Refugium sich an den Arzt wenden; ferner an solchen, die einer gerichtlichen Untersuchung entgegensehen, oder die durch die Verhältnisse zum Heiraten gezwungen sind und an ihrer Potenz zweifeln. Solche haben ein dringendes Interesse, die Wahrheit zu bekennen, im Gegensatz zu jenen Effeminirten, die zudem nicht selten ethisch und intellectuell minderwerthig sind und die Wissenschaft mit ihrer „interessanten Krankengeschichte“ bereichern wollen.

Wichtige Hinweise aus dem sexualen Entwicklungsgang sind die schon bei Besprechung der Vorläufer tardiver conträrer Sexualempfindung erwähnten Thatsachen, besonders aus der Zeit des sich entwickelnden Geschlechtslebens, ferner die Bevorzugung des Onkels statt der Tante seitens kleiner Knaben, wenn sie auf dem Schosse sitzen dürfen, ihre Vorliebe für Mädchenspiele und Mädchengesellschaft, für weibliche Beschäftigung mit auffallendem Geschick für Nähen, Sticken u. dergl., ihre Inclination für weibliche Toilette, ihre Seligkeit, einmal ein Kleidungsstück aus weiblicher Garderobe anlegen zu dürfen, bei einer theatralischen Aufführung oder einer Maskerade in weiblicher Rolle und Costümirung zu erscheinen, die Leichtigkeit, sich in eine solche Rolle zu finden, und all das in umgekehrtem Sinne bei Mädchen.

Wichtig ist ferner die Präcocität der Entwicklung des Geschlechtslebens bei beiden Geschlechtern, das Auftreten von anderweitigen Perversionen der Vita sexualis (Fetischismus, Masochismus, Sadismus) neben dem Zeichen conträrer Sexualität.

Von grösstem Werth für die Diagnose ist die Entwicklung der Vita sexualis im Schlaf- und Traumleben. Hier zeigt sich die wahre Natur der geschlechtlichen Empfindungsweise anlässlich Pollutionen, die bei psychischer Hermaphrodisie überwiegend, bei allen weiteren Stufen der Anomalie ausschliesslich im Sinne der conträren Sexualempfindung betont sind, von der Stufe der Effeminatio (Viraginität) ab sogar von Traumbildern begleitet sind, welche die decidirt passive (beim Manne) oder active (Weib) Rolle beim Geschlechtsact markiren.

Von Bedeutung kann der Nachweis von conträren physischen und psychischen Geschlechtscharakteren sein, aber solche Funde sind nur im Zusammenhalt mit den anderweitigen Symptomen zu verwerthen, denn sie finden sich häufig als offenbare partielle Hinweise fortbestehender bisexualer Artung auch bei nicht conträr Sexualen, so z. B. Gynäkomasten, Frauen mit Bartentwicklung u. s. w.

Bei der eingeborenen conträren Sexualempfindung ist das primäre und vielfach abnorm frühe Auftreten dieser Anomalie sehr wichtig, bei der tardiven die Aufdeckung der Umstände (s. oben), durch welche die Inversion erfolgt ist. Entscheidend ist in jedem Fall, dass die Person des eigenen Geschlechts eine seelische Reizwirkung auf das conträr sexuale Individuum ausübt, und dass dieses durch einen sexualen Act an jener, eventuell durch einen sogar recht widerwärtigen, seelisch befriedigt wird, während dasselbe für die von einer Person des anderen Geschlechts ausgehenden Reize ganz unerregbar ist, eventuell geradezu Horror Sexus alterius hat und trotz aller Versuche, diesen zu überwinden, dem anderen Geschlecht gegenüber impotent ist.

Die Prognose der conträren Sexualempfindung wird sehr von dem guten Willen und der Erkenntniss des ihr Unterworfenen mitbedingt. Intellectuell und besonders ethisch Minderwerthige bieten im allgemeinen eine schlechte Prognose. Sittlich Vollsinnige, welche bisher ihren conträren Trieben zu widerstehen vermochten, auch ihre eventuelle Masturbation zu unterdrücken und sich vom Alkoholgenuss fernzuhalten imstande sind, überdies in noch jugendlichem Alter stehen, geben eine viel bessere Prognose. Aussichtsvoller ist unter allen Umständen die Bekämpfung der tardiven, als die der eingeborenen conträren Sexualempfindung. Innerhalb dieser ist die unterste Stufe derselben in Gestalt der psychischen Hermaphrodisie prognostisch günstiger, schon deshalb, weil hier physisch und psychisch Grundlagen für die Entwicklung normaler Geschlechtsempfindung und Triebrichtung vorhanden sind, während bei der Stufe der Homosexualität der Werth latenter normaler Veranlagung sich nicht abschätzen lässt. Dass aber selbst bei Effeminatio Erfolge möglich sind, lehren instructive dankenswerthe Erfahrungen von *v. Schrenck-Notzing** u. A.

Die Therapie der conträren Sexualempfindung hat die Aufgabe, die der conträren Geschlechtssphäre entstammenden Empfindungen und Antriebe zurückzudrängen und durch der normalen Vita sexualis angehörige zu ersetzen. Die bezügliche Behandlung zerfällt in eine physische und psychische.

---

* *v. Schrenck-Notzing*, Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes. 1892. — *Fuchs*, Die Therapie der anomalen Vita sexualis. Stuttgart 1899.

Die erstere hat vor allem die so wichtige Neurasthenie und ihre häufigste Ursache in Gestalt der Masturbation zu bekämpfen durch frugale Lebensweise, Tonica, Hydro- und Elektrotherapie u. s. w. nach bekannten Regeln.

Eine wichtige Aufgabe ist daneben die Bekämpfung der Hypersexualität — durch ernste geistige ablenkende Thätigkeit, körperliche Arbeit, absolute Enthaltung von Alkohol und durch antiaphrodisische Mittel (Bromsalze, Monobromkampfer u. s. w.), auf deren Leistung aber kein sicherer Verlass ist.

Die psychische Behandlung ist eine wesentlich suggestive. Da Suggestionen im wachen Zustande in der Regel erfolglos sind, versucht man sie in dem der Hypnose. Diese Behandlung ist meist eine mühsame und langwierige.

Erfahrungsgemäss können schon niedere Grade der Hypnose (blosses Engourdissement) zum Erfolg genügen. Die Directiven für eine Suggestivbehandlung sind Abkehr des conträr Sexualen von seinem abnormen Ideen- und Gefühlskreis, indem man ihm sexuelle Unerregbarkeit durch Personen des eigenen Geschlechts, weiterhin Unlust gegen den Verkehr mit solchen suggerirt, geschlechtlichen Verkehr mit ihnen als eine Verirrung, Naturwidrigkeit, Gefahr hinstellt, den Umgang und besonders den intimen Verkehr mit Personen des eigenen Geschlechts verbietet, Masturbation untersagt u. s. w.

Ist es gelungen, den conträr Sexualen neutral gegenüber Personen des eigenen Geschlechts zu machen, so mag man versuchen, ihm ästhetisches Interesse für das andere Geschlecht zu erwecken, ihm Neigung für Personen desselben einzuflössen, ihm die Reize solcher vorzustellen, ihm den ausschliesslichen Verkehr mit ihnen als den Gesetzen, der Moral, der guten Sitte entsprechend zu suggeriren, ihm durch Gebot der Annäherung an durch Gemüth und weibliche Anmuth hervorragende Persönlichkeiten die Reize des anderen Geschlechts zugänglich zu machen, durch Verweisung auf hervorragende Frauengestalten der Dichtung und entsprechende Lectüre ihn anzuregen, auf eventuelle seelische Befriedigung neben der sinnlichen durch ein eheliches Bündniss mit einem Weibe hinzuweisen, und wenn dazu die Wege vollkommen geebnet sind, ihn seiner Potenz zu versichern. Weiter sollte meines Erachtens der suggestive Einfluss des Arztes sich nicht erstrecken. Ich glaube nicht, dass derselbe das Recht hat, einen Clienten zum ausserehelichen sexuellen Umgang zu bestimmen.

Häufig wird dem conträr Sexualen schon dadurch eine grosse Wohlthat erwiesen, dass man ihn auf suggestivem Wege, unterstützt durch diätetische (Alkoholabstinenz), medicamentöse und physikalische Behandlung sexuell neutral macht. Man gibt ihm dadurch seine seelische Ruhe wieder, schützt ihn vor den Gefahren des Chantage und der gerichtlichen Verfolgung.

Vielfach gelingt aber auch die Ersetzung der conträren Sexualempfindung durch normale Gefühle und Triebe. Diese Behandlung ist eine mühsame. Durch jede Verschlimmerung des Allgemeinbefindens, durch Rückfälle in Masturbation, zufälliges neuerliches Zusammentreffen mit ehemaligen Verführern ist eine Entgleisung von der normalen Bahn zu befürchten; Geduld des Arztes bei dieser psychischen Behandlung, Ernst und guter

Wille des Behandelten sind wichtige Hilfen. Auch da, wo die normale Sexualität hergestellt ist, bedarf es zeitweiliger Auffrischung der Suggestionen. Die dauernde Befreiung von conträrer Sexualempfindung ist durch *v. Schrenck-Notzing* u. a. erwiesen. Kann man in solchen Fällen von einer Heilung sprechen? Praktisch mag dies der Fall sein, aber wesentlich handelt es sich doch nur darum, dass Hemmnisse, welche der Entwicklung normaler Sexualität im Wege stehen, beseitigt und Gefühlen und Strebungen, welche normaliter aus einer mono- und heterosexualen Anlage sich entwickeln, zum Durchbruch verholfen wird. Das letztere vermag thatsächlich die Suggestionstherapie; aber das sind durch fremden Willen angeregte und entwickelte psychische Vorgänge, die allerdings allmählich sozusagen in Fleisch und Blut des behandelten Individuums übergehen und praktisch die Bedeutung von Autodirectiven gewinnen können.

Immerhin wird der Erfolg nur den Werth eines Artefacts, einer künstlichen Hervorrufung psychischer Geschlechtscharaktere haben, im besten Fall einer künstlichen Erschliessung latenter Energien und einer Conservirung derselben. Nur bei psychischer Hermaphrodisie und bei tardiver conträrer Sexualempfindung lässt sich annehmen, dass mit der Zeit die in schwachem Maasse vorhandene, oder in geschwächter Verfassung erhaltene normale Sexualität so erstarke, dass sie dauernd den Sieg über das conträre Geschlechtsgebiet aus sich selbst behauptet. Im grossen und ganzen ist aber der Erfolg der Suggestivbehandlung nur eine künstliche Niederkämpfung der conträren und eine künstliche Schöpfung der normalen Geschlechtsempfindung — eine psychische Dressur, eine bewundernswerthe Leistung psychischer Kräfte in Gestalt hypnotischer Beeinflussung. Zur Selbstbeobachtung fähige Individuen empfinden es auch deutlich, dass sie unter fremdem Willen normal sexual fühlen und streben, dass all dies nur Artefact ist. Beweis dafür ist auch die Thatsache, dass im unbewussten Geistesleben (Traum u. dergl.), wo der eingepflanzte fremde Wille bedeutend an seiner Macht einbüsst, vielfach bei „Geheilten" sich noch Empfindungen und Dränge im Sinne conträrer Sexualität zeigen, die in wachem Zustande nicht mehr vorkommen oder wenigstens vollkommen beherrscht werden.

Wiederholt ist die Berechtigung zu Heilversuchen an conträr Sexualen durch Aerzte in Zweifel gezogen worden. Man hat diesen Unglücklichen gerathen, sich mit ihrer Anomalie abzufinden und auf homosexualen Verkehr zu verzichten, was wenig Libidinösen und sittlich Hochstehenden zuweilen gelingen mag. Man hat jene damit zu trösten gesucht, dass es noch andere, nicht minder schreckliche Leiden (z. B. Trigeminusneuralgien, maligne Neubildungen) gibt, die der Mensch tragen müsse.

Diese Anschauung involvirt eine ganz mangelhafte Kenntniss von der Bedeutung und Schwere der conträren Sexualempfindung, die eine hoffnungslose Existenz, ein Leben ohne Liebe, ein unwürdiges Comödiespielen den Mitmenschen gegenüber, ein moralisches und physisches Siechthum, wenn diesem Rathe gefolgt wird, anderenfalls den eventuellen Verlust socialer Stellung, bürgerlicher Ehre und Freiheit bedeutet.

Man hat solchen Unglücklichen gerathen, sich castriren zu lassen, obwohl — abgesehen von der fraglichen Berechtigung zu einer solchen Operation an und für sich — dadurch doch nur die Libido sexualis herabgemindert, nicht aber die Geschlechtsempfindung mit ihren seelischen Qualen beseitigt werden kann.

Ganz ungeheuerlich ist der Vorschlag, solche Leute, wenn sie ihrem abnormen geschlechtlichen Drang nicht widerstehen können, ins Irrenhaus zu sperren, wozu eine Berechtigung und Verpflichtung doch nur in den seltenen Fällen bestünde, wo der conträr Sexuale zugleich an einer Psychose leidet, wegen welcher an und für sich derselbe einer Internirung bedürfte.

Man hat auch gegen Heilversuche eingewendet, dass damit dem einzelnen zwar ausnahmsweise geholfen werden könnte, der Gesellschaft aber Schaden zugefügt würde, indem solche Individuen dadurch in die Möglichkeit versetzt werden, ihre eigene degenerative Existenz auf andere Wesen fortzupflanzen. Ein solcher Einwand berührt komisch in einer Culturgemeinschaft, welche weder den erblich Entarteten, noch den Säufer hindert, eine Ehe einzugehen und Kinder zu zeugen. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass die conträr Sexualen im allgemeinen durchaus nicht die schlimmsten Typen der Degenerescenz darstellen. Auch soweit ich die Descendenz von conträr Sexualen untersuchen konnte, bot sie keine besonders schweren Erscheinungen von neuropathischer Constitution und Belastung.

Als familiares Uebel und in gleichförmiger Vererbung ist die conträre Sexualempfindung entschieden nicht sehr häufig anzutreffen.

In teleologischer Betrachtung möchte man meinen, die conträre Sexualempfindung sei eines jener Mittel (Sterilität, Selbstmord), deren sich die Natur bediene, um degenerative Elemente der menschlichen Gesellschaft zu amortisiren.

Von solchen Anschauungen schien *Schopenhauer* geleitet, als er erklärte, die Neigung zum eigenen Geschlecht sei ein Tric der Natur, um zum Zeugen nicht Geeignete davor zu bewahren, dass sie Schaden stiften. Er wähnte nämlich, die conträre Sexualempfindung komme nur bei älteren Männern vor und bestehe in Päderastie. Dadurch sollten diese auf unschädliche Wege abgelenkt werden! Diese Anschauung des grossen Philosophen ist ein eclatantes Beispiel dafür, welche Irrthümer mangelhafte Kenntniss von Naturerscheinungen und eine teleologische Deutung solcher herbeiführen kann.

Die Zahl der „geheilten" Fälle von conträrer Sexualempfindung wird immer eine beschränkte sein, denn viele dieser Unglücklichen scheuen sich, selbst dem Arzt in so delicater Angelegenheit sich anzuvertrauen. Andere zweifeln an dem Erfolg solcher Curen, wieder andere, welche homosexuell verkehren und darin volle Befriedigung finden, scheuen sich, für ihre jetzige Empfindungsweise etwas Ungewisses einzutauschen, was sie eventuell nicht befriedigen und bereuen lassen würde. Einzelne tragen Bedenken, potent zu werden, um nicht eventuell solche unglückliche Geschöpfe, als welche sie sich selbst fühlen, zu zeugen. Bei manchen sind seelische Hindernisse unüberwindlich oder sie sind unfähig, in Hypnose zu gelangen, oder ungenügend suggestibel, so dass die Behandlung nicht reussiren kann.

Wenn aber ein conträr Sexualer aus ethischen, socialen oder sonst welchen Gründen eine solche Behandlung verlangt, so kann ihm dieselbe nicht versagt werden. Es ist heilige Pflicht des Arztes, jedem Hilfesuchenden nach Kräften Rath und Hilfe zu gewähren. Jeder Mensch hat das Recht, sich vor Unlust und Leiden thunlichst zu bewahren und an dem Gastmahl des Lebens *(Shakespeare)* theilzunehmen. Das Wohl des Clienten muss dem Arzt immer viel höher stehen, als das der Gesammtheit. Diese

vermag er reichlich für möglichen Schaden, den er im Einzelfalle ihr zufügt, zu entschädigen, indem er Hygiene und Prophylaxe übt.

Oft genug ist der conträr Sexuale schon zufrieden, wenn er blos sexuell neutralisirt werden kann. Hier dient die Kunst dann dem Individuum und zugleich der Gesammtheit.

Ich kann schliesslich nicht umhin, bei der Wichtigkeit der Sache einige Worte der Prophylaxe der conträren Sexualempfindung zu widmen. Ohne Belastung keine solche. Nur selten werden Ehen unter Beirath des Arztes eingegangen. Wer es vermeiden will, conträr Sexuale zu zeugen, sollte in der Wahl seiner Lebensgefährtin vorsichtig sein und selbst frei von Degenerescenzerscheinungen. Ob die Nachkommen von Alkoholisten häufig conträr sexual sind, sollte Gegenstand der Forschung werden. Oftmals entsteht freilich der Alkoholismus aus einer bereits vorhandenen degenerativen Veranlagung. Unter allen Umständen besteht die Gefahr, dass Nachkommen degenerativer Eltern sexuell pervers werden. In welchen Proportionen dies wirklich stattfindet, ist noch unbekannt. Da man die besonderen Bedingungen für die Entstehung angeborener conträrer Sexualempfindung nicht und die für tardive nur einigermaassen kennt, lässt sich vorläufig nur im allgemeinen sagen, dass die Ueberwachung des sich entwickelnden Geschlechtslebens bei belasteten Kindern eine überaus wichtige Aufgabe des Hausarztes, der Eltern und Erzieher ist. Die gefährlichste Klippe ist die Zeit der Pubertätsentwicklung, aber, wie wir gesehen haben, kann die Vita sexualis bei belasteten Kindern schon in sehr frühen Lebensjahren sich regen und auf Abwege führen. Es ist nicht zu leugnen, dass veranlagten Knaben und Mädchen der intime und ausschliessliche Verkehr mit Personen desselben Geschlechts gefährlich werden kann. Solche Individuen gehören nicht in Pensionate, Knaben speciell nicht in Convicte, Militärinstitute, die so häufig Brutstätten der Masturbation und homosexualer Acte sind. Lehrer, Aufseher, Erzieher müssen die Thatsachen und Erscheinungen der conträren Sexualempfindung kennen und ihnen Rechnung tragen. Erwiesene conträr Sexuale sind aus solchen Anstalten unbedingt auszuschliessen. Verwerflich ist auch im Elternhause das gemeinsame Schlafen der Jungen. Auch das Baden in öffentlichen Badeanstalten gemeinsam mit den anderen ist gefährlich. Alles, was die Entwicklung der Vita sexualis fördern kann — unter anderem langes Schulsitzen, Genuss geistiger Getränke —, ist zu meiden. Die Pädagogen sind zumeist von unglaublicher Naivetät und mangelhafter Beobachtungsgabe, so dass sie den sexuellen Unfug der ihnen anvertrauten Knaben, der selbst während des Unterrichts getrieben wird, gar nicht bemerken. In seltenen Fällen werden sie sogar die Verführer der Jugend. Ein conträr sexual veranlagtes Kind sollte nicht isolirt von einem Hofmeister oder Privatlehrer erzogen werden. Oft ist gerade Gegenstand der ersten Liebe ein solcher. Das Schossnehmen und Liebkosen von belasteten Kindern seitens gleichgeschlechtlicher Personen ist bedenklich. Flagellatio ad podicem sollte streng verpönt sein. Für conträr sexual veranlagte Kinder passt gemeinsamer Unterricht in der gemischten Schule. Die oft früh schon zu Tage tretende Neigung, sich mit Beschäftigungen und Sport des anderen Geschlechts zu befassen, sollte nicht begünstigt, belacht, sondern reprobirt und verhindert werden. Der Masturbation ist bei beiden Geschlechtern die grösste Aufmerksamkeit zu schenken. Zeigen sich deutliche Zeichen von conträrer Sexualempfindung, so ist Wachsuggestion, even-

tuell selbst hypnotische Behandlung angezeigt und in so frühem Stadium des Uebels gewiss aussichtsvoller, als nachdem die Persönlichkeit längst im Sumpfe der conträren Sexualempfindung steckt und sie viele Jahre hindurch bethätigt hat.

Ein weiterer Beweis dafür, dass die conträre Sexualempfindung ein Aequivalent der heterosexualen ist, lässt sich darin finden, dass gewisse anderweitige Perversionen, auf die ich bald zu sprechen komme, bei beiderlei Empfindungsweisen vorkommen.

Nur einer dieser Perversionen mag schon hier gedacht werden, nämlich der Beeinflussung gewisser Perverser in ihren Attractionen ausschliesslich durch Individuen, die einer bestimmten Altersclasse angehören. Diese eigenthümliche Art von Fetischismus (s. unten) des Alters findet sich häufiger bei Heterosexualen, als bei Homosexualen. Man kann sie in eine geschlechtliche Attraction ausschliesslich zu schon mehr senilen Individuen (Gerontophilia), die ich bisher nur bei conträr Sexualen gefunden habe, und in eine solche ausschliesslich zu noch impuberen (Paedophilia erotica) scheiden.

Nur auf Grund dieser complicirenden Perversion wird der conträr Sexuale der Jugend gefährlich, denn seine abnorme Geschlechtsempfindung ist ja ein Aequivalent der normalen, und er vermag ebensowenig an und für sich Neigung für das Unreife zu bieten, als der sexuell normal geartete und geistig gesunde Mann. Diese Pädophilie* ist wie jeder andere Fall von Fetischismus, auf associativem Wege schon in der Zeit des sich entwickelnden Geschlechtslebens entstanden, zuweilen aber eine episodische Erscheinung auf Grund von neurasthenischer Impotenz bei lebhafter Libido auf dem Wege der sich entwickelnden tardiven Conträrsexualität. In letzterem Falle dürfte es sich aber nicht um echte Pädophilie handeln.

Diese Factoren spielen auch die Hauptrolle bei jener Pseudopädophilie, die neuerlich häufiger bei blosser Perversität angetroffen wird, und zwar als bedauerliche Geschlechtsverirrung bei geschlechtsinvaliden Wüstlingen, namentlich libidinösen impotenten Greisen, als gelegentliche Erscheinung bei hypersexuellen Imbecillen, denen jede Befriedigung des Geschlechtstriebes recht ist, die ohne Mühe und Widerstand sich erzielen lässt, endlich bei Fällen von erworbenem moralischen und intellectuellen Schwachsinn, wie er bei Alkoholismus, Paralysis progressiva, Epilepsie, Lues cerebri, im Gefolge von Apoplexie oft zu finden ist.

Die Paedophilia vera ist dadurch von der Perversität des Wüstlings leicht zu unterscheiden, dass sie primär auftritt und dass diese Pädophilen unerregbar durch Reize des erwachsenen Individuums sich erweisen, an welchem sexuale Acte nur faute de mieux und ohne alle seelische Befriedigung vollzogen werden. Dagegen übt der Körper des Unreifen die grösste Attraction, und die sexualen Acte an demselben (meist nur unzüchtige Betastung, Onanisirung) rufen die grösste Befriedigung bei dem Pädophilen hervor, während dasselbe Opfer der Lüste, sobald Zeichen der Pubertät an ihm sich zeigen, absolut keinen Reiz mehr bietet.

Ohne ethischen oder intellectuellen Defect habe ich aber ebenso wenig, als beim Heterosexualen, bei conträr Sexualen eine Bethätigung solcher perverser pädophiler Antriebe beobachtet.

* *v. Krafft-Ebing, Friedreich's* Blätter f. gerichtl. Med. 1895 und Arbeiten aus dem Gesammtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie. IV, pag. 91.

II. Sexuelle Perversionen (vorwiegend) bei Heterosexualen.

Meine Herren! Auch bei heterosexualer Artung der Vita sexualis können mancherlei Abweichungen von der Norm geschlechtlicher Empfindungs- und Aeusserungsweise sich ergeben.

Ihre sociale, forensische und klinische Bedeutung ist eine viel geringere, als das Gebiet der conträren Sexualität. Immerhin bieten sie aber so interessante Erscheinungen und wissenschaftliche Probleme, entbehren auch nicht des praktischen Interesses, dass Ihnen eine übersichtliche Darstellung dieser Anomalien nicht vorenthalten werden darf.

Die ätiologische Grundlage für alle diese Erscheinungen ist eine psychisch-physische degenerative Veranlagung und Verfassung des centralen Nervensystems, die in Gestalt von neurotischen und psychischen Abnormitäten, Insufficienzen, abnormen Reactionen u. s. w. noch viel mehr sich manifestirt, als bei den conträr Sexualen.

Es kommt hier zwar an und für sich nicht zu einer Schädigung des empirischen Naturgesetzes im Sinne monosexualer und den Geschlechtsdrüsen gleichartiger Entwicklung, wohl aber durch den Einfluss abnormer und offenbar veranlagter Associationsbildungen im Gebiet des Fühlens und Vorstellens, durch perverse Betonung solcher mit Lustgefühlen, durch Verkümmerung oder einseitige Entwicklung secundärer psychischer Geschlechtscharaktere, durch abnorme Intensität des Geschlechtstriebes, zu oft ganz eigenartigen Abweichungen von der normalen Gefühls- und Triebrichtung.

Die hier zu besprechenden Anomalien sind der sogenannte Sadismus, der Masochismus und der pathologische Fetischismus.

Aus der psychisch degenerativen Grundlage erklärt es sich, dass hier besonders häufig Neurosen und Psychopathien, anatomische und functionelle Degenerationszeichen vorkommen, dass Vorstellungen abnorme Intensität und Dauer gewinnen können (Zwangsvorstellungen), dass sie perverse und allzu intensive Betonung mit Lustgefühlen finden, dass Antriebe zu sexuell perversen Acten vielfach periodisch zu Tage treten und selbst ganz impulsiv sich entäussern können.

1. Sadismus.*

In der Tiefe der menschlichen Seele stösst man auf Gefühls- und Vorstellungsgebiete, die nach Umständen individuell überaus leicht sich miteinander associiren und damit eine innere verwandtschaftliche Beziehung erkennen lassen. Diese seelischen Gebiete sind Libido sexualis und Lust, anderen wehe zu thun, in ihrer schärfsten Ausprägung, Wollust und Mordlust. Dass diese Association leicht eintreten kann, hängt vielleicht damit zusammen, dass bei den Urahnen, wie noch heutzutage bei einzelnen wilden Völkern, die Liebeswerbung des Mannes und die Besitzergreifung des Weibes in Form brutaler Gewaltacte stattfand. Auch der Umstand, dass Sadismus fast ausschliesslich beim Manne vorkommt, dessen Rolle ja heutzutage noch eine active, selbst aggressive beim intersexualen Acte ist, deutet auf uralte, durch die Cultur nur abgeschwächte secundäre psychische Geschlechtscharaktere der männlichen Vita sexualis hin, die unter pathologischen, entschieden degenerativen Bedingungen ins Maasslose, Monströse ge-

* *Moll*, Conträre Sexualempfindung, 3. Aufl., pag. 309; *v. Krafft-Ebing*, Psychop. sex., pag. 60 und „Arbeiten", IV, pag. 106.

wachsen sind. Unter allen Umständen lassen sich die sexuelle und die psychomotorische Sphäre als verwandte Gefühls- und Triebgebiete bezeichnen.

Der Sadismus, namentlich wenn man seine rudimentären Kundgebungen mitberücksichtigt, stellt sich dar als die Empfindung von sexuellen Lustgefühlen bis zum Orgasmus bei dem Sehen oder Erfahren von Grausamkeiten und Züchtigungen zunächst an einem Weib und als der dadurch geweckte eigene Drang, um der Hervorrufung und Potenzirung solcher Gefühle willen der Consors Demüthigung, Leid, selbst Schmerzen und Wunden widerfahren zu lassen. Dass diese Perversion seelisch tief begründet ist und ein determinirtes Geschlechtsgefühl nicht zur unbedingten Voraussetzung hat, geht daraus hervor, dass in nicht seltenen Fällen auch das Leiden eines menschlichen Wesens überhaupt, z. B. einer Person desselben Geschlechtes, eines Kindes, ja sogar eines Thieres (Thierschinderei) wollüstige Gefühle wecken kann, auch ohne alle Beziehungen zur conträren Sexualempfindung, Pädo- oder Zoophilie.

Der Ausdruck „Sadismus" knüpft an die von derartigen wollüstig grausamen Phantasien triefenden Schriften eines dem 18. Jahrhundert angehörigen psychisch degenerativen sexualperversen Mitgliedes der französischen Aristokratie — des Marquis de Sade* an.

Der Sadismus kann, gleichwie die conträre Sexualempfindung und der Ihnen im Folgenden zu schildernde Masochismus, nur als eine in originären Veranlagungen wurzelnde Anomalie aufgefasst werden, als eine Störung oder Deviation in der Evolution psychosexualer Vorgänge auf dem Boden psychischer Degeneration. Nur so ist es begreiflich, dass sadistische Gefühle und Strebungen vielfach schon zu einer Lebenszeit auftreten, wo eine sexuale Betonung seelischer Vorgänge normaliter überhaupt noch nicht vorzukommen pflegt, und dass jene aus ihrer Latenz durch Wahrnehmungen geweckt werden, die beim normal organisirten Menschen niemals eine derartige (sadistische) Betonung erfahren würden.

Hier handelt es sich nicht um zufällig associirte Gefühls- und Triebrichtungen im Sinne moderner und für das Gebiet des noch physiologischen Fetischismus auch anzuerkennender Associationslehren, sondern um die Weckung von durch krankhafte Veranlagung ab origine bestehenden Dispositionen aus bisheriger Latenz; sonst wäre es nicht begreiflich, dass der Anblick eines gezüchtigten Kindes oder eines misshandelten Thieres, der beim normalen Menschen abstossend oder Mitleid erregend wirkt, Wollust hervorruft und dass ein solches Ereigniss das ganze fernere sexuale Leben beeinflussen kann. Der daraus resultirende sadistische Drang kann anfangs blos innerlich sich abspielen, nach aussen beherrscht werden. Mit Erlahmung ethischer und ästhetischer Gegenmotive, mit wachsendem Drang und immer versagender Befriedigung durch den normalen Geschlechtsact kann allmählich die Perversion zum Durchbruch gelangen, aber den Schein einer erworbenen Perversion vortäuschen. So gestand mir ein Sadist, dessen Perversion erst im gereiften Alter damit zum Durchbruch gelangte, dass er Zuschauer war, wie eine vornehme Dame ihre 14jährige schöne Tochter mit Ohrfeigen traktirte, es habe schon in jungen Jahren zu seinen liebsten wollüstigen Phantasien gehört, er introducire extremitatem supe-

* Vergl. *Dühren*, „Der Marquis de Sade", Studie zur Geschichte des menschlichen Geschlechtslebens. Charlottenburg.

riorem in vaginam feminae cujusdam usque ad scapulam und wühle in deren Innerem.

Vergleicht man mit den Handlungen des degenerativen Sadisten die noch physiologischen (atavistischen?) Regungen wollüstig grausamer Associationen, so sind sie oft recht unbedeutende und flüchtige.

Es geschieht zuweilen, dass die ersten Aeusserungen der Vita sexualis mit der Lectüre von Indianergeschichten (Skalpirungen), Kampf- oder Mordscenen zusammenfallen, oder anlässlich kriegerischer Knabenspiele, Ringkämpfe u. dergl. auftreten. Längst bekannt ist die Thatsache, dass im Blutvergiessen des wirklichen Krieges wollüstige Dränge auftauchen können, dass den Schrecken einer Erstürmung und Plünderung eines Ortes vielfach sich Schändung der Frauen seitens der Sieger hinzugesellte. Die Menschenopfer barbarischer Völker sind oft mit wollüstigen Mysterien und Orgien verbunden.

Dass im intersexualen Verkehr im höchsten Moment der Wollust es zu Puffen, Schlagen und selbst Beissen der Consors seitens Hypersexualer kommen kann, ist nicht allzu selten beobachtet worden. Auf der Grenze zum pathologischen Gebiet stehen die Fälle, wo Knaben, mit den ersten Regungen des seines Zweckes und Zieles noch nicht bewussten Sexualtriebes miteinander raufen und es darauf anlegen, einander Schmerzen und Wunden zuzufügen oder — in Ermangelung eines Objectes — den eigenen Körper peitschen, zwicken, besonders ad genitalia, selbst schwache, aber wollüstig betonte Antriebe zur Selbstvernichtung empfinden.

Maasslose Ausschreitungen bis zu den monströsesten Acten der Grausamkeit finden sich auf pathologischem Gebiete vor. Sie haben dann vielfach noch weitere Kennzeichen psychischer Degeneration an sich, insoferne sie impulsiv und in periodischer Wiederkehr erscheinen können.

Gesellen sich dazu noch perverse Lustbetonungen von Geschmacks- und Geruchsvorstellungen, die bei fehlendem moralischen Sinne keine Compensation durch Gegenvorstellungen finden können oder indem solche in dem übermächtigen Sexualaffect untergehen, so können die sadistischen Acte monströse werden und sich bis zur Anthropophagie erstrecken.

Die mildeste Form des Sadismus ist diejenige, wo er nur in der Phantasie in Scene tritt, z. B. in Gestalt von den masturbatorischen Act oder den Vorgang der Pollution begleitenden sadistischen Phantasien, beziehungsweise Traumbildern (ideeller Sadismus). Die originalen bezüglichen Vorstellungen können durch eigene Züchtigung in Schule und Haus, durch den Anblick der Züchtigung von Kameraden, der Tödtung von Thieren, des Schlagens von Pferden, des sich Abmühens von Zugthieren ursprünglich geweckt sein. Es gibt Sadisten, bei welchen ganz besonders der Anblick von Blut eine mächtig sexuell erregende Wirkung hat. In Schlachthäusern findet man Amateurs, welche augenscheinlich am Anblick der Qualen und des Todeskampfes von Schlachtthieren sich weiden. Die erregende Wirkung des Anblickes von Blut bot einer meiner Patienten, ein sonst ganz gutmüthiger Junge, der schon mit 10 Jahren durch die Vorstellung von Blut wollüstig erregt, sich öfters in seine Finger stach oder schnitt, um dieses Anblickes theilhaftig zu werden. Als er zufällig eines Dienstmädchens ansichtig wurde, das aus einem Finger blutete, wurde seine Wollust mächtig erregt. Mühsam beherrschte er den Drang, nicht selbst Mädchen zu stechen. Er half sich mit Masturbation, wobei er sich blutende Frauenzimmer vorstellte,

ferner mit Phantasien blutigen Inhaltes, die Orgasmus und selbst Ejaculation hervorriefen. Sogar rother Corallenschmuck konnte ihn geschlechtlich erregen. Gelegentlich schwelgte er auch in grausamen Phantasien, wie er als Tyrann auf das Volk mit Kartätschen schiessen liess, als Zuschauer sah, wie Feinde eine Stadt überfielen, Jungfrauen schändeten und tödteten.

Das Ideellbleiben des Sadismus kann dadurch bedingt sein, dass Gelegenheit oder Muth zur Realisirung fehlen oder dass eine intacte Ethik davon abhält, sadistische Phantasien zu realisiren, oder dass, bei reizbarer Schwäche des Ejaculationscentrums, schon die lebhafte Phantasievorstellung genügt, um Ejaculation und damit Befriedigung zu erzielen.

Eine grosse Rolle spielen in den Phantasien der Sadisten Flagellationssituationen und bezügliche Gelüste. Sie lauern förmlich auf Gelegenheiten, solche Situationen in Schulen und an öffentlichen Plätzen, wo Knaben sich tummeln, zu erleben. Dasselbe kann im Sinne der Misshandlung von Thieren geschehen. Solche Leute spielten als Jungen gern mit Knaben und Mädchen Lehrer und Schüler, um in der Rolle des ersteren sadistischen Gelüsten fröhnen zu können. Gleich zum Prügeln bereite Lehrer dürften sadistisch veranlagt sein. Man könnte hier von einem larvirten Sadismus sprechen.

Es bestehen Gründe zu vermuthen, dass bei sadistischer Gefühlsweise ein Reiz darin liegen mag, gerade die Frau oder Geliebte eines Freundes oder überhaupt eine Ehefrau zu verführen.

Zweifellos ist Sadismus im Spiel, wo der Coitus maritalis unter für die Frau peinlichen Umständen, selbst Gefahren und unter Gewaltanwendung durchgeführt wird.

Hieher gehört jedenfalls der schwer belastete Ehemann einer distinguirten Dame, der im Ehebett frigid und wenig potent, seine Frau auf einsamen Spaziergängen förmlich überfiel, auf ihr Weigern gewaltsam niederwarf und dann mit auffälliger Potenz und Brunst den maritalen Act an ihr ausübte. Analog geschah es an Orten, wo Gefahr bestand überrascht zu werden, also loco indebito, z. B. im Eisenbahncoupé, Abort eines Restaurants u. dergl.

Zweifellose Sadisten sind auch Männer, welche ante coitum mit der Consors ohne allen Grund Streit beginnen, selbst bis zu Thätlichkeiten, theils um damit eine sadistische Scene zu markiren und den folgenden Act genussreicher zu machen, theils auch um durch einen dergestalt künstlich provocirten gemischten Zorn-Lustaffect ihrer havarirten Potenz aufzuhelfen.

Im Lupanar gehen dem sexuellen Act gut bezahlte Prügelscenen voraus und einzelne Sadisten, besonders solche, die Blut sehen müssen, um potent zu sein, opfern erhebliche Summen, um sich das Recht zu erkaufen, an den bedauernswerthen Opfern ihrer Lüste Misshandlungen ausführen zu können, sie verletzen zu dürfen, so dass Blut fliesst.

Eine Variante stellen Sadisten dar, die als präparatorisches Mittel zur Potenz oder Befriedigung ihrer Libido Thiere martern und tödten oder derlei ante actum von der Phryne vornehmen lassen.

Ein bezeichnendes Beispiel der Verbindung von Wollust und Mordlust wurde von *Mantegazza* beigebracht, nach welchem entartete Chinesen einen Sport darin finden, Anseres zu sodomisiren und ihnen tempore ejaculationis den Hals abzusäbeln!

In den Fällen, wo reizbare Schwäche des Ejaculationscentrums besteht, und damit Impotenz, kann es geschehen, dass die vorhin erwähnten prä-

paratorischen Acte bereits genügen, um Ejaculation hervorzurufen und damit Befriedigung, welche auf den eigentlichen Sexualact verzichten lässt. Eventuell kann dies schon durch Erregung der Phantasie in Form sadistischer Vorstellungen geschehen. Diese Thatsachen der reizbaren Schwäche und der Impotenz bringen das Verständniss für perverse Acte von Sadisten, die auf den ersten Blick keine sexuale Beziehung zu haben scheinen, gleichwohl aber durch sadistische Betonung der Situation sie besitzen und geradezu Aequivalente des aus Feigheit, Impotenz oder sonst welchen Motiven unmöglichen Coitus darstellen.

Ich rechne dahin zunächst die sogenannten Mädchenstecher*, welche junge Mädchen, am liebsten in die Nates, stechen oder schneiden und im Moment der Verletzung unter grösster Wollust ejaculiren.

Eine läppische und feige Parallele bieten diejenigen Sadisten, welche Mädchen mit Schmutz, eventuell selbst mit dem eigenen Urin besudeln (Besudler**).

In weiterer Verfolgung dieser monströsen Sadisten stösst man auf gewisse Leichenschänder, bei denen eine an und für sich Grauen erweckende Vorstellung mit Lustgefühlen betont wird und offenbar der Anblick des Todes, als Endglied einer grausam wollüstigen Gedankenreihe sadistisch wirkt. Daran reihen sich endlich die Würger und gewisse Lustmörder, die, auf Grund von perverser Lustbetonung von Geschmacks- und Geruchsvorstellungen, das Aeusserste an psychisch-sexueller Degeneration in Gestalt von Vampyrismus und Anthropophagie leisten können.

Diese letzteren sind, im Gegensatz zu den wohl immer impotenten und mit der Ejaculation sexuell erschöpften Mädchenstechern, Besudlern, Würgern, hypersexuale und hyperpotente Individuen, deren Libido mit dem vollzogenen Geschlechtact noch lange nicht gestillt ist und nur durch Mord des Opfers, selbst Misshandeln, Zerstückeln und Durchwühlen der Leiche, Verzehren von Theilen derselben gestillt werden kann.

Im grossen und ganzen kann man annehmen, dass die Art der sadistischen Acte von individuellen Dispositionen, zufällig den Sadismus geweckt habenden Ereignissen, von dem Fehlen oder Vorhandensein ethischer Gefühle und Vorstellungen, die als Gegenmotive wirken können, von der Intensität des geschlechtlichen Triebes, von der Beschaffenheit der Potenz, wobei auch etwaige Unerregbarkeit durch normale geschlechtliche Reize in Betracht kommt, abhängig ist.

Zeitlich kann der sadistische Act erscheinen als Vorbereitung zum Coitus (bei relativer psychischer Impotenz), als Begleiterscheinung des Geschlechtsactes (im überschäumenden Sexualaffect), als Aequivalent desselben (bei Anaphrodisie gegenüber normalen Reizen und reizbarer Schwäche des Ejaculationscentrums — ejaculatio praecox) oder als Nachspiel (ex libidine insatiata).

Es begreift sich aus dem Vorausgehenden, dass der Sadismus mannigfache Beziehungen zum Criminalforum hat, insoferne Thierquälerei, Misshandlung von Kindern und Erwachsenen bis zu Nothzucht und Lustmord hier möglich sind. Es ist eine Ehrenrettung der Menschheit, dass die

---

* Psychop. sex. Beob. 25, 26, 27, 28, 29; *Moll*, Untersuchungen über „Libido sexualis", pag. 500.

** Psychop. sex. Beob. 31.

Wissenschaft die psychopathologische Bedeutung solcher monströser Fälle nachzuweisen in der Lage war. Es sind moralisch defecte, hypersexuale, psychisch degenerative Persönlichkeiten, welche solche unerhörte, alles menschliche Empfinden tief verletzende Handlungen zu begehen imstande waren, bei denen der sadistische Trieb überdies vielfach in periodischer Wiederkehr und impulsiv oder in Gestalt von durch Zwangsvorstellungen vermittelten impulsiven Acten sich entäusserte. Solche Scheusale gehören zeitlebens in eine Verwahrungsanstalt, nach Umständen in ein Verbrecherasyl.

Prägnante Fälle sind der des Zastrow in Berlin, conträr sexual, pädophil, hypersexual und Sadist, der seine Wollust durch Beissen, Testikelabschneiden, Drosseln u. s. w. an Knaben befriedigte; ferner die in meiner Psychopathia sexualis pag. 66—72 und pag. 360—363 berichteten von Leichenschändern und Lustmördern. Daran reihen sich aus der neuesten Literatur Fälle von *Garnier** (Ohrabschneiden von Kindern) und von *Lacassagne* (Fall Vacher).

Auch das Forum civile kann der Sadismus beschäftigen, insoferne honette Ehefrauen die Misshandlungen des Mannes ante oder inter actum nicht dulden mögen und auch die Ehe mit einem sonst Impotenten nicht weiterführen wollen. In einem solchen Falle aus meiner Clientel, wo der Ehemannn (Podexfetischist und Sadist) nur durch Verberation der Nates uxoris temporär potent war, gelang übrigens die Aufrechterhaltung der Ehe durch entsprechende Therapie.

Klinisches Interesse bietet der Sadismus nur insoferne er zu (psychischer) Impotenz Anlass gibt.

Die Therapie wird die Beseitigung der Hypersexualität anzustreben und gegen die Perversion als solche eine Suggestivbehandlung durchzuführen haben.

2. Der Masochismus.**

Das Wesen des Masochismus besteht darin, dass im Bewusstsein eines Mannes die Vorstellung oder Thatsache, in der Gewalt eines Weibes zu sein, mit Wollustgefühlen betont wird, dass er demgemäss, wenn sexuell erregt oder um sexuelle Befriedigung zu erzielen, solche Vorstellungen oder auch Situationen absichtlich herbeiführt, sei es um zum sexuellen Act potent zu werden oder denselben befriedigend zu gestalten, sei es, im Falle der reizbaren Schwäche des Ejaculationscentrums (Impotenz), um durch Erweckung von Orgasmus und Herbeiführung von Ejaculation ein Aequivalent für den Coitus zu erlangen. Diese höchst sonderbare Betonung einer Vorstellung mit ihr an und für sich nicht zukommenden Lustgefühlen weist auf secundäre weibliche Geschlechtscharaktere hin, insoferne von jeher bis auf gesittete Zeiten das Weib der eroberte besiegte Theil im Drang nach geschlechtlicher Befriedigung war. Geschieht es doch noch heutzutage, dass in manchen Ländern das Weib aus niederem Stande sich nicht eher geliebt weiss, bevor es nicht vom Consors handgreifliche Beweise seiner Herrschaft in Gestalt von Prügeln bekommen hat. Besteht doch sogar beim Culturweib der höheren Stände eine starke Vermuthung dafür, dass ein keckes

---

* *Garnier*, Le Sadifetichisme, Annales d'Hygiène publique, 1900, Februarheft.

** *Moll*, Conträre Sexualempfindung, pag. 276—309; Psychop. sexual., pag. 74 bis 171; m. „Arbeiten", pag. 127—159.

Vorgehen des Mannes in der Liebeswerbung von der Dame angenehm empfunden wird und dass ein stürmisches, selbst gewaltthätiges Vorgehen desselben beim sexuellen Act geeignet ist, das Wollustgefühl des Weibes zu fördern.

Der Masochismus lässt sich somit als eine rudimentäre Form der conträren Sexualempfindung deuten — beim Manne als eine partielle Effemination. Thatsächlich finden sich auch bei Masochisten oft genug Gefühlsqualitäten und Charakterzüge, die sonst dem Weibe* zukommen, und nicht selten ist auch Masochismus eine Begleiterscheinung der conträren Sexualempfindung.** Umgekehrt kommen da und dort Andeutungen männlicher psychischer Charaktere bei den selteneren Fällen von Masochismus des Weibes*** vor, die die Wissenschaft bisher kennt.

Für die Bedeutung des Masochismus als rudimentäre conträre Sexualempfindung sprechen auch folgende Thatsachen. Der Masochist fühlt sich in weiblicher Rolle dem Weibe gegenüber, das er in seiner Phantasie mit männlichen Attributen ausgestaltet — so physisch als Mannweib mit robuster Gestalt, knochig, mit derben Händen, psychisch als rücksichtslose, vor keiner Gewaltthat zurückschreckende Herrin, in gebietender Pose mit Peitsche oder Knute. Selbst bezüglich des Costüms werden die Attribute des Herrscherthums (Hermelin- oder Sammtmantel) und des männlichen (hohe Stiefel mit Absätzen) angedichtet. (Ich werde ihnen beim Fetischismus [s. unten] zu erwähnen haben, dass der Fussfetischismus vielfach larvirter Masochismus ist.)

Auch der conträr sexuale Masochist fühlt sich zuweilen in weiblicher Rolle.

Die phantastischen wollüstigen Schwelgereien† des Masochisten drehen sich um Acte der Erniedrigung vor dem Weibe. Je besser die Illusion gelingt, um so grösser ist die Befriedigung des Betreffenden. Er denkt sich als Sklave der Gebieterin, zu den niedrigsten Dienstleistungen gezwungen, grausam für das geringste Versehen bestraft mit Fusstritten, Schlägen, Fesselung in Ketten, Einsperrung u. s. w. durch die „Herrin", welche als stolzes, üppiges, starkes Weib gedacht wird und deren Ideal eine Sadistin ist. Ein zartes weibliches Geschöpf vermag die Sinnlichkeit des Masochisten niemals zu erregen.

Das herrische Weib muss ihn en canaille behandeln, mit Hunger und Schlägen traktiren, ihn mit „Du" anreden. Es benutzt ihn als Zug- und Lastthier. Fusstritte, Ohrfeigen von ihr sind dem Masochisten Seligkeit.

Den Terminus „Masochismus" habe ich dem bekannten Romanschriftsteller *Sacher-Masoch*†† entlehnt, der selbst mit dieser Anomalie behaftet und in seinen Romanen unermüdlich in der Schilderung masochistischer Scenen war.

Von anderen Forschern wurde diese Perversion passive Algolagnie (Schmerzgeilheit) genannt, weil nach ihrer Ansicht das Wesen des Maso-

---

* Psychop. sex. Beobacht. 50 (weibliche psychische Charaktere); Beobacht. 49 (Patient bezeichnet sich selbst als weiblich).

** Psychop. sex., pag. 302 und meine „Arbeiten", IV, pag. 145.

*** Psychop. sex. Beobacht. 82, 83; *Moll,* Intern. Centralbl. f. d. Physiol. u. Path. der Harn- und Sexualorgane, IV, Heft 5.

† Gute Beispiele, meine „Arbeiten", IV, pag. 140.

†† Meine „Arbeiten", IV, pag. 131; Psychop. sex., pag. 139.

chismus in der durch körperlichen Schmerz (besonders Geisselung ad nates) hervorgerufenen wollüstigen Erregung begründet sei.

Thatsächlich ist Prügelbekommen eines der stärksten Ausdrucksmittel der Macht eines Menschen über den anderen, aber dass diese Terminologie und Deutung von Thatsachen nicht berechtigt ist, dass es dem Masochisten nicht auf Erleiden von Schmerz, auch nicht auf blossen Hautreiz überhaupt (wie beim simplen Flagellantisten, der dadurch seine Potenz verbessern will), sondern auf eines der vielen Mittel ankommt, mit welchen er den bezüglichen und wollüstig betonten masochistischen Vorstellungskreis schaffen will, lehren folgende Thatsachen. Der meist Züge von Effeminatio aufweisende Masochist scheut den Schmerz und lässt es in der Regel nicht dazu kommen. Wenn er sich durch Prügel nicht die Illusion der Abhängigkeit von der Consors zu verschaffen vermag, so rufen bei ihm jene nur Schmerz, nicht aber Wollust hervor. Es gibt zahllose Fälle, wo die Illusion, schrankenlos in der Gewalt eines Weibes zu sein, durch Prügel ausschliessende, phantastisch ausgedachte, bestellte comödienhafte Situationen herbeigeführt wird. Man könnte hier von einem ideellen, symbolischen Masochismus sprechen. Kommt es aber zu Prügeln, so hat diese Procedur wesentlich symbolische Bedeutung, selbst da, wo wirklich recht grausame und an und für sich schmerzhafte Proceduren begehrt werden. In diesen seltsamen Fällen wird aber der physische Schmerz nicht empfunden, weil er durch Wollustgefühle übercompensirt wird.

Gute Belege für symbolischen Masochismus sind die Beobacht. 63 meiner Psychop. sex., wo ein Herr in Paris als Pseudograf in der Wohnung einer sich dazu hergebenden Frau, die ihn als Pseudomarquise in Balltoilette empfängt, folgende bestellte Comödie aufführt. Er wird zudringlich, will der Dame einen Kuss auf die Schulter drücken. Diese spielt die Entrüstete, zieht die Kingel, worauf ein eigens gemietheter Diener erscheint und den „Grafen" hinauswirft. Dieser zieht sehr befriedigt ab und zahlt am anderen Tage reichlich die handelnden Personen dieser masochistischen Comödie. Nicht weniger charakteristisch ist folgender von *Carrara* (Arch. di Psich., XIX, 4) mitgetheilter Fall. Er betrifft einen Ingenieur, 38 Jahre alt, Familienvater, der von Zeit zu Zeit mit einer instruirten Prostituirten als Präliminare des Coitus folgende Comödie aufführt: Sobald er bei der Puella erschienen, muss diese ihn bei den Ohren nehmen, ihn an denselben durch das Zimmer ziehen, scheltend: „Was thust Du da, warum gehst Du nicht zur Schule." Sie ohrfeigt ihn, bis er niederkniet, um Verzeihung bittet. Nun gibt sie ihm ein Körbchen mit Brot und Obst für die Zwischenstunde, zerrt ihn an den Ohren in die Höhe und ermahnt ihn eindringlich, zur Schule zu gehen. X. spielt solange den Renitenten unter dem Stimulus des Ohrenzerrens, Schlagens, Scheltens der Puella, bis er zum Orgasmus gelangt. In diesem Moment ruft er „ich gehe, ich gehe" und vollzieht nun den Coitus.

Bei solchen bestellten masochistischen Scenen hängt es ganz von dem schauspielerischen Talent des betreffenden Weibes ab, ob dem Betreffenden die Illusion gelingt und er damit den beabsichtigten Effect (Potentwerden und Befriedigung durch den Coitus oder auch äquivalente wollüstig betonte Ejaculation) erzielt. Man sieht aus diesem Beispiel, dass, analog wie beim Sadismus, die masochistische Scene blosses Vorspiel, eventuell Vorbedingung des Coitus sein kann, gleichwie jene auch Begleitung des sonst reizlosen Actes sein mag oder ein Aequivalent desselben ermöglicht.

Der Masochismus dürfte eine ziemlich häufig zu findende Perversion sein, denn die Zahl der in der Literatur gesammelten Beobachtungen ist trotz der kurzen Zeit, in welcher man ihn kennt, schon eine ziemlich grosse. Auch die Häufigkeit, mit welcher Zeitungsannoncen in den Tagesblättern auftauchen des Inhalts, dass „Sklave Herrin sucht", die Beliebtheit, welcher sich *Sacher-Masoch's* Schriften erfreuen, und gewisse Erfahrungen der Lupanarien, in welchen man mit Knute und Peitsche für solche nicht seltene Gäste eingerichtet ist, sprechen zu Gunsten dieser Annahme.

Ich halte den Masochismus, gleichwie den Sadismus, für eine originäre Anomalie, die nicht durch äussere Vorkommnisse gezüchtet, sondern durch solche nur aus seiner Latenz geweckt werden kann. Dieser Durchbruch kann nach Umständen erst spät erfolgen und die Perversion für einen oberflächlichen Beobachter dann die Bedeutung einer erworbenen Störung der Vita sexualis gewinnen. In einem Fall gelang mir der Nachweis, dass schon mit 6 Jahren er in Gestalt von wollüstig betonten Träumen des Geprügeltwerdens durch ein Weib sich manifestirte. Ganz gewöhnlich ist bei masochistisch veranlagten Knaben das Schwärmen für ältliche, stolz und herrisch auftretende, vornehm gekleidete Damen, die Sehnsucht nach Flagellation durch eine derbe Frauenhand (wofür auch *Rousseau* als Knabe schwärmte), die eventuelle Autoflagellation ad podicem mit Hinzudichtung des erforderlichen masochistischen Beiwerkes als Surrogat für die versagte Züchtigung durch Damenhand. Bei conträr sexualen Knaben ist natürlich der Wunsch da, vom Lehrer gestraft, eventuell gezüchtigt zu werden, und zuweilen geschieht es, dass der Knabe es förmlich darauf anlegt, um der höchst angenehm empfundenen Strafe theilhaftig zu werden.

Vor der Pubertät, d. h. solange das Geschlechtsgefühl noch undifferenzirt ist, kann das masochistische Sehnen sowohl männlichen als weiblichen Personen zugewendet sein. Später ist bei heterosexualer Entwicklung nur für das Weib, bei conträrer nur für den Mann Interesse vorhanden.

Eine recht fatale Erscheinung im Rahmen des Masochismus ist die von mir Koprolagnie* genannte. Sie beruht darauf, dass, analog wie beim Sadisten, auf Grund perverser Betonung von Geschmacks- und Geruchseindrücken mit Lustgefühlen, Ausschreitungen bis zum wollüstigen Betasten und Beriechen von Eingeweiden des Opfers der Lüste bis zu Anthropophagie vorkommen, beim Masochisten selbst normaliter ekelerregende Se- und Excrete des weiblichen Körpers unter dem Einfluss des masochistischen Gefühlskreises Betonung mit Wollustgefühlen finden und den Drang hervorrufen — zugleich als extremer Ausdruck der Selbstdemüthigung — mit derlei sich zu besudeln oder besudeln zu lassen. So gibt es Masochisten, die sich getrieben fühlen, der Consors sudorem pedum, cunnum et podicem lambere, urinam aut sanguinem menstrualem bibere, stercus devorare oder sich von derselben mit ejus lotium aut stercus besudeln zu lassen, wobei sie die höchste Wollust empfinden und zu ejaculiren pflegen. Es sind dies fast ausnahmslos schwere Fälle von Masochismus, in welchen psychische Impotenz infolge der Perversion besteht und der ekle Act ein Aequivalent für den unmöglichen natürlichen bildet. Nur höchst selten hat die koprolagnistische Scene präparatorische Bedeutung für einen Coitus.**

* Psychop. sex., pag. 136.

** Vergl. Psychop. sex., Beobacht. 79.

Die praktische Bedeutung des Masochismus ist eine geringe, denn klinisch kann sie nur darin bestehen, dass der masochistische Gefühls- und Ideenkreis impotent macht und Remedur verlangt wird.

Forensisch wären Beziehungen möglich, insofern bei der Ausübung masochistischer Handlungen schwere Verletzung oder gar der Tod erfolgen würde, oder auch, indem Erpressungen, Einschränkungen der persönlichen Freiheit über das Maass des vom betreffenden Concedirten hinaus den Thatbestand bilden würden.

Therapeutisch handelt es sich um Bekämpfung von Neurasthenie und suggestive Beseitigung masochistischer Gefühls- und Gedankenkreise. Die Thatsache, dass corporelle Züchtigung vielfach Masochismus bei Veranlagten weckt, lässt es wünschenswerth erscheinen, dass jene in Schule und Haus gemieden werde.

3. Der pathologische erotische Fetischismus.*

Die Betrachtung des pathologischen Fetischismus hat an die Mittheilungen anzuknüpfen, die ich Ihnen über physiologische Fetischerscheinungen als die Bedingungen einer Individualisirung der Liebe, als wichtige Einrichtungen der Natur zur Erzielung von den Individuen, sowie der Nachkommenschaft und damit auch der Gesellschaft dienlichen monogamischen Verbindungen zwischen Mann und Weib gemacht habe. Dieser physiologische Fetischismus, das Resultat eines associativen Vorganges, des Zusammenfallens einer Wahrnehmung von individuell eine Attraction bildenden physischen oder psychischen Eigenschaften einer Person des anderen Geschlechts mit einer Regung der Vita sexualis, ist das vermittelnde psychische Element für eine Reihe weiterer seelischer Vorgänge, die zur synthetischen Zusammenfassung aller von dem Gegenstand der Verehrung ausgehenden Reize in dem Gefühl der Liebe führt, in deren Fluth das ursprüngliche Localzeichen verschwindet.

Anders ist es mit dem pathologischen Fetischismus. Hier erhebt sich das Bewusstsein nicht zur Synthese, sondern bleibt an dem Theileindruck von dem Gesammtbild der Person des anderen Geschlechts haften, welcher Theil derart alles sexuelle Interesse auf sich concentrirt, dass alles andere indifferent bleibt. Ein solcher pathologischer Fetischismus vermag niemals zur wahren Liebe im Sinne der ausschliesslichen Werthschätzung und des Begehrens einer bestimmten Persönlichkeit auf Grund der individuell als solche erscheinenden Gesammtvorzüge einer solchen vorzudringen. Der ihm Unterworfene liebt nur den Theil und steht in Gefahr, wo immer und bei welcher Person immer dieser Fetisch von ihm bemerkt wird, dessen Attractionskraft zu erliegen.

Während der normale Liebende, dessen Bewusstsein vom Gesammtbild der geliebten Persönlichkeit erfüllt ist, nicht unbedingt durch dasselbe sinnlich erregt wird, höchstens dadurch, dass Körpertheile, die eine directe Beziehung zum Sexus haben (z. B. Mammae), ihm in die Augen fallen, wirkt auf pathologischem Gebiete ausschliesslich das Theilanschauungsbild (Fetisch) oder auch das blosse Erinnerungsbild auf die Sexualsphäre. Auffallend bleibt immerhin, dass in der Sphäre des Pathologischen bisher

---

* M. „Arbeiten", IV, pag. 164—178; Psychopath. sex., pag. 164—205; *Moll*, Conträre Sexualempfindung, pag. 260—276.

niemals, soweit es sich um Körpertheilfetischismus handelte, der Fetisch einen Theil des Körpers betraf, der directe Beziehung zum Sexus hat. Schon dadurch erweist sich die Neigung des Fetischisten als eine paradoxe, perverse, unnatürliche. Eine perverse Erscheinung ist weiterhin die Mannigfaltigkeit der Objecte, welche im Rahmen des Pathologischen zum Fetisch werden können. Der pathologische Fetischismus folgt in seiner Entwicklung denselben empirischen Gesetzen der associativen Knüpfung von Wahrnehmungen und Sexualempfindungen, wie der physiologische; aber dass unter pathologischen Bedingungen das Anschauungsbild, welches eine Association mit einem Sexualgefühl eingeht, gar keine Beziehung zur Sexualsphäre zu haben braucht und gleichwohl eine feste Association schafft, die nach Umständen das sexuale Empfinden und Streben zeitlebens determinirt, das beweist das Vorhandensein krankhafter originaler Veranlagungen, seelischer Dispositionen, abnormer Associations- und Reactionsvorgänge.

Thatsächlich findet sich der Fetischismus nur auf der Grundlage einer besonderen pathologischen Constitution, die ätiologisch wieder ihre Begründung in einer psychischen Degeneration findet.

So wird es weiter verständlich, dass solche pathologische Fetischisten vielfach anatomische und functionelle Degenerationszeichen, anderweitige abnorme Reactionserscheinungen des Centralnervensystems bieten, an Neurosen kranken, psychopathische minderwerthige Existenzen sind und dass ihre fetischistischen Vorstellungen häufig die Bedeutung von Zwangsvorstellungen gewinnen und die Verwirklichung dieser oft in Form von Zwangshandlungen sich vollzieht.

Der Fetisch des Mannes (der weibliche Fetischismus als pathologische Erscheinung ist ein noch ganz unbekanntes Gebiet) kann einen Theil des weiblichen Körpers betreffen, ein Stück der weiblichen Kleidung oder ein bestimmtes weibliches Costüm sein, ein bestimmter Stoff, der nicht einmal ausschliesslich der Toilette des Weibes zu dienen braucht, ja selbst ein ganz zufällig in Beziehung zum Körper eines Weibes stehendes Object. Endlich kann er sogar Eigenschaften eines Thieres zum Gegenstand haben.

Der Körpertheilfetischismus hat nur das mit dem physiologischen gemeinsam, dass auch hier Auge, Hand, Fuss, Haar des Weibes bevorzugt werden, aber nicht als Theil des Körpers, der ursprünglich das Interesse für das betreffende Weib wachrief und von dieser Theilvorstellung zur Gesammtvorstellung sich erhob. Der (pathologische) Fetischist bleibt vielmehr haften an dem Fetisch, neben dem alle sonstigen Reize des betreffenden Weibes verblassen. Dieser besondere Fetisch wirkt ausschliesslich aphrodisisch, aber er gelangt zur Geltung bei jedem Weib, das ihn aufweist.

Seine Gegenwart und Wirksamkeit ist Grundbedingung der Potenz des ihm Unterworfenen, höchstens dass in leichteren Fällen die Phantasie ihn ersetzen kann. In schweren Fällen (Kleidungs-, Stofffetischismus) fehlt überhaupt die directe Beziehung zum Körper des Weibes. Der Betreffende ist ganz unerregbar durch den Anblick eines Weibes, er abstrahirt ganz davon, wäre auch gar nicht potent. Der Fetisch bildet den ganzen Inhalt seiner Vita sexualis. Manipulationen an dem Fetisch führen zur Ejaculation und ersetzen den Coitus mit einem Weibe.

Im Rahmen des Körpertheilfetischismus lassen sich in der Erfahrung unterscheiden: Hand-, Fuss-, Mund-, Ohr-, Nasen- und Haarfetischisten.

Contemplation, Adoration, Tactus dieser Körpertheile ist solchen Liebhabern unsägliche Wollust, die Bedingung für die Ausführbarkeit des sexuellen Actes und für die Befriedigung durch einen solchen.

Die Verehrer der Hand oder des Fusses des Weibes z. B. suchen diese Körpertheile zu küssen, zu betasten, zu drücken, an ihnen zu saugen und favente muliere ad genitalia propria zu führen. Der Handfetischismus mag Beziehungen zu früher mit anderen Knaben getriebener mutueller Masturbation haben, und das dergestalt ursprünglich geweckte Interesse für die Hand eines Knaben, nach beendeter und normal abgelaufener Geschlechtsentwicklung, auf die des Weibes übertragen sein. In gewissen Fällen von Fussfetischismus mag die betreffende, zum Fetischismus führende Association durch tiefer gehende Anomalien der Vita sexualis im Sinne des Masochismus fundirt und erleichtert sein.

Der Mund-, Ohr-, Nasenfetischismus kann darin seine Entstehung finden, dass mit erwachendem Geschlechtsleben die Vorstellungen von den weiblichen Genitalien noch recht unvollständig sind, nur den vagen Begriff einer Oeffnung am Körper umfassen und so eine Association mit einer sichtbaren Körperöffnung (Mund, Ohr, Nase) sich entwickelt und dergestalt den Geschlechtstrieb auf diese partes corporis hinlenkt.*

Der Haarfetischismus findet seine natürliche Erklärung in der Annahme, dass anlässlich des Berührens von Frauenhaar, des Wühlens in demselben, eine ursprüngliche und lebhafte Erregung der Geschlechtssphäre stattfand und damit der Geschlechtstrieb determinirt wurde.

Aus gleichem Grunde können auch Körperfehler zum Fetisch werden. So sind Fälle bekannt, wo die erste brünstige Liebe von Männern hinkende oder schielende Mädchen zum Gegenstand hatte und in der Folge nur Personen, welche das gleiche Gebrechen aufwiesen, Anwerth hatten. *Lydston* hat sogar einen Fall mitgetheilt, in welchem nach einem Liebesverhältnisse mit einem amputirten Weib das Gleiche sich ereignete — ein Fall von negativem Fetisch!

Einen Schritt weiter auf der Bahn fetischistischer sexualer Entartung stellt der Costümfetischismus dar. Hier wirkt ein Weib nicht als solches, sondern durch ein bestimmtes Costüm, dann aber unwiderstehlich. Auch hier ist die Ursache eine zufällige Begegnung mit einer besonders costümirten Frauensperson zur Zeit einer ungewöhnlich intensiven oder auch erstmaligen geschlechtlichen Erregung. Dass ein Costüm, namentlich wenn es Reize am weiblichen Körper enthüllt oder auch verdeckt, eventuell sogar körperliche Geschlechtsqualitäten outrirt (Corset u. s. w.), auch physiologisch die Geschlechtslust erregen mag, ist eine geläufige Thatsache der Alltagserfahrung, die auch von den Weibern bewusst oder unbewusst verwerthet wird. Auch hier zeigt sich der Gegensatz des pathologischen Fetischismus zum physiologischen, insofern das Costüm an und für sich gar nichts die Sinne Reizendes an sich zu haben braucht (gewöhnliche Salontoilette, Costüm einer Nonne u. dergl.). Diese Form des Fetischismus scheint häufig, denn in grossen Lupanarien soll eine förmliche Garderobe für die Bedürfnisse derartiger Besucher gehalten werden.

Während bei dieser Gruppe doch noch ein beliebiges Weib ein bestimmtes Costüm zu repräsentiren hat und auf Coitus nicht verzichtet wird, erscheint in den folgenden der Fetisch losgelöst vom Körper eines

* Beweisend für die Richtigkeit dieser Annahme Beob. 85 in Psych. sex.

Weibes und nur noch insofern ein ideeller Zusammenhang mit einem solchen, als der Fetisch ein Stück der Kleidung eines Weibes repräsentirt — Gegenstandsfetischismus.

Der Fetisch beherrscht die ganze Vita sexualis, wirkt an und für sich aphrodisisch und löst, indem an oder mit ihm manipulirt wird, Orgasmus und Ejaculation aus, dadurch das Weib und den Coitus mit einem solchen ersetzend. Man kann hier einen Kleidungsfetischismus und einen Gegenstandsfetischismus im engeren Sinn unterscheiden. Im ersteren Falle repräsentirt der Fetisch doch wenigstens noch intime Beziehungen zum anderen Geschlecht, stellt sozusagen ein artificielles, conventionelles Geschlechtsmerkmal dar, wie z. B. Corset, Unterrock, Frauenhemd und Beinkleid, Strumpfbänder. Verehrer derartiger Objecte weiblicher Toilette verschaffen sich solche, um mit denselben zu manipuliren, dieselben anzulegen und dadurch in wollüstige Erregung bis zur Ejaculation zu gelangen. Sie schwelgen im Anblick solcher Gegenstände in den Schaufenstern von Confectionsläden, in Modejournalen, legen sich förmliche Sammlungen von weiblichen Toilettestücken an. Schon entfernter von sexuellen Beziehungen erscheinen die Schürzen- und Taschentuchfetischisten. Bei den letzteren mögen übrigens natürliche oder künstliche (Parfum) Gerüche eine aphrodisische Rolle spielen. Solche Leute sind durch den Anblick von Schürzen, Taschentüchern geradezu fascinirt, gezwungen, Personen, welche diesen Anblick gewähren, endlos auf den Strassen nachzulaufen.

Nahe stehen ihnen die Schuhfetischisten, auf die der Anblick eines eleganten Damenschuhes unwiderstehlich wirkt, namentlich wenn er aus Lackleder gefertigt ist und mit hohen Absätzen versehen.

Der häufigen Determination auf den Schuh oder Stiefel des Weibes auf Grund eines larvirten Masochismus habe ich schon Erwähnung gethan. Es gibt aber auch echte Schuhfetischisten („Stiefelfreier"), deren Vita sexualis durch Zusammentreffen einer erstmaligen oder mächtigen sexuellen Erregung mit dem Anblick von Damenstiefletten entschieden wurde.*

Manipuliren mit solchen, eventuell Appositio calceoli ad genitalia propria genügt zur Ejaculation. Schon das Hören, Lesen vom Fetisch, sein Anblick in Schuhläden kann Orgasmus hervorrufen und zum sofortigen masturbatorischen Act hinreissen.

Als Uebergangsfälle zur folgenden Gruppe erscheinen Fälle in der Erfahrung, in welchen jegliche Beziehung des Fetisch zum Sexus vermisst wird, der ursprünglich zum Fetischismus führende Associationsvorgang, beziehungsweise die mit einem Sexualaffect associirte Vorstellung nur in der lockeren Knüpfung zeitlicher Coincidenz erscheint. Dahin gehört z. B. ein Kranker von *Charcot* und *Magnan***, der zufällig mit einer erstmaligen, offenbar mächtigen Regung seiner Vita sexualis einen Onkel eine Nachtmütze aufsetzen sah, seither durch jede Nachtmütze sexuell erregt wurde und ohne Anblick oder Vorstellung einer solchen impotent war.

Hierher gehörige Fälle von Ring- und von Trauerflorfetischismus habe ich***, einen sehr interessanten von Rosenfetischismus hat *Moll*† veröffentlicht.

* Psych. sex., Beob. 110, 111.
** Psych. sex., Beob. 112.
*** „Arbeiten", IV, pag. 172.
† Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane, V, 3.

Ich habe Ihnen weitergehend die Kategorie der Stofffetischisten zu erwähnen, d. h. Individuen, zu deren sexueller Erregung und eventueller Befriedigung vermöge einer besonderen seelischen Disposition oder Idiosynkrasie es genügt, mit einem bestimmten Stoff, z. B. Pelzwerk, Sammt, Seide, in Berührung zu kommen.

Eine eigenthümliche Untergruppe in dieser Kategorie stellen die Verehrer des vom Körper abgetrennten, also todten Frauenhaares dar. Im Gegensatz zum erotischen Haarcultus des physiologischen Lebens, wo die „Locke, die sie ihm gab", Gedenkzeichen, Reliquie ist, die an und für sich nicht sexuell erregend wirkt, handelt es sich hier um einen exquisiten Fetischismus, der von sich aus und meist ausschliesslich die ganze Vita sexualis dominirt und mächtig erregt, aber nicht — wie beim Verehrer des lebenden Haares, wo neben Tastvorstellungen auch Geruchsempfindungen, überhaupt Beziehungen zu einem lebenden Wesen eine aphrodisische Rolle spielen mögen — als Theil eines weiblichen Körpers, sondern rein als Stoff, wobei allerdings die Phantasie sexuelle Nebenvorstellungen hinzudichten mag. Die Art, wie diese Verehrer des Frauenhaares als Stoff dazu gelangen, ist meist eine widerrechtliche, indem sie Mädchen die Zöpfe abschneiden. Der Besitz gekauften Frauenhaares hat für sie kaum einen Anwerth. Sie manipuliren mit den geraubten Zöpfen analog wie die Taschentuch- und Schürzenfetischisten, indem sie daran saugen, sie küssen, kämmen, in denselben wühlen, damit ihre Genitalien berühren, dabei ejaculiren oder Masturbation treiben.

In seltenen Fällen bilden den Gegenstand des Fetischismus die Crines pubis. *Garnier** hat einen Mann beobachtet, dessen grösster Genuss es war, solche mit den Zähnen auszureissen. Er sammelte derartiges Haar und hatte neuerliche Befriedigung, indem er es zerbiss. Dass es ihm nur um das Haar als Stoff zu thun war, geht daraus hervor, dass er Hotelbedienstete bestach, damit sie ihn in den Betten von Damen auf die Suche nach abgestreiften Haaren des Mons veneris gehen liessen. Bei dieser Suche gerieth er in heftige sexuelle Erregung und war überglücklich, wenn er seine Mühe belohnt fand.

Reine Stofffetischisten sind die Pelz-, Seiden-, Sammtverehrer. Hier sind es offenbar mit einer sexuellen Erregung ursprünglich in Association getretene, individuell angenehm empfundene Tastempfindungen, welche zu dieser seltsamen Form des Fetischismus führten.

Die Betonung der durch Pelz** u. dergl. geweckten Vorstellungen ist eine rein sinnliche und hat mit ästhetischen Empfindungen an und für sich nicht das Mindeste zu thun. So begreift es sich auch, dass das Manipuliren mit solchen Stoffen, besonders Tactus genitalium durch sie die weitgehendsten Wirkungen hat.

Mit dem Effect des Pelzes verwandt und in derselben Weise erklärbar sind die seltenen Fälle von Thierfetischismus***, d. h. die aphrodisische Wirkung des Thierfells auf manche Menschen. Sie erklärt vielleicht die zuweilen bestehende Vorliebe für Hunde und Katzen bei sexuell Perversen. Um Bestialität handelt es sich hier sicher nicht, sondern um die

---

* *Garnier*, op. cit.

** Prägnante Beispiele in Psych. sex., Beob. pag. 113—118.

*** Psych. sex., Beob. 97, 103.

eigenartige, wollüstig betonte Erregung, welche hier das Thierfell auf die Endorgane der Hautnerven ausübt.

Ein ganz eigenthümliches Beispiel von Stoff- (Leder-) Fetischismus, der in ledernen, womöglich schmutzigen, fettigglänzenden, verschwitzten Damenhandschuhen* seinen Ausdruck fand und alles seelisch aufweist, wessen man sich von einem Fetisch versehen kann, habe ich mitgetheilt.

Dieser Fetischismus eroticus hat wichtige Beziehungen zum Forum, insofern es nicht selten geschieht, dass der ihm Unterworfene dem Drange nicht widerstehen kann, sich unrechtmässig in den Besitz eines auf ihn als Fetisch wirkenden Gegenstandes zu setzen. Dahin gehören die Diebe bezw. Räuber von Frauenwäsche**, Frauenschuhen***, von Seidenstoffen†, Pelz†† u. dergl., sowie die Zopfabschneider.†††

Derartige Handlungen müssen als Sexualdelicte aufgefasst werden, nicht als gewöhnliche Diebstähle und Raubattentate.

Die criminellen Handlungen des gewöhnlichen Fetischisten werden sich um Diebstahl oder Raub von den Fetisch repräsentirenden Objecten drehen. Es gibt aber seltene Fälle von mit Fetischismus sich combinirendem Sadismus („Sadifetischismus" — *Garnier*), wo der Fetisch, statt ein Object sorgsamer Bewahrung und Verehrung zu sein, Gegenstand der Zerstörung von Seiten des mit solcher Anomalie Behafteten wird. Dies erklärt sich einfach daraus, dass der Fetisch und das Manipuliren mit demselben directe Beziehungen zur sexuellen Sphäre hat, an Stelle eines Weibes und des Coitus mit einem solchen steht. Gleichwie nun im Rahmen des Sadismus die Misshandlung bis zur Tödtung des Weibes sich mit dem geschlechtlichen Act verbinden, eventuell an dessen Stelle treten kann, ist es beim Sadifetischisten möglich, dass er an seinem Fetischobject destructiv, quasi grausam handelt und damit seine sexuelle Befriedigung steigert. Solche Individuen, der Gruppe der Stofffetischisten angehörig, wurden wiederholt betreten, wie sie mit Messern und Scheeren im Gedränge Damen, deren Sammt- oder Seidenkleider Fetisch für jene waren, die Toiletten zerfetzten oder zerschnitten.*

Hierher gehören auch in gewissem Sinne die Zopffetischisten, indem das Abschneiden der Zöpfe mitten unter den grössten Gefahren ihnen einen Moment der höchsten Wollust gewährt und mit dem Augenblicke des Abschneidens vielfach Ejaculation eintritt.

Dass auch die „Besudler" Sadifetischisten sind, wird durch neuere Erfahrungen immer deutlicher. Schon vor Jahren hatte ich die Vermuthung ausgesprochen, dass gewisse Fälle von Schädigung der Kleidung weiblicher Personen (z. B. Bespritzen mit Schwefelsäure, Tinte u. s. w.) in der Befriedigung eines perversen Sexualtriebes wurzeln. Ein kürzlich von *A. Moll*** mitgetheiltes Gutachten über einen sexuell Perversen mit Besudlungsdrang lässt keinen Zweifel darüber, dass es sich hier um Sadifetischismus han-

---

* Psych. sex., Beob. 108.
** Psych. sex., Beob. 102, 103, 107, 109, 222.
*** Psych. sex., Beob. 77, 109, 111.
† Psych. sex., Beob. 116.
†† Psych. sex., Beob. 223.
††† Psych. sex., Beob. 97, 98, 99.
* Psych. sex., Beob. 116.
** Zeitschr. f. Medicinalbeamte. 1900, Heft 13.

delte. Der Betreffende, natürlich schwer belastet, wurde im 17. Jahre im Verkehr mit den Freundinnen seiner Schwester Wäschefetischist und schwärmte nur für helle Kleider. Als er mit 25 Jahren Zuschauer war, wie ein hellgekleidetes Mädchen mit Strassenkoth beschmutzt wurde, gerieth er in heftige sexuelle Erregung, hatte von nun an den Drang, solche Kleider zu besudeln (Liquor ferri sesquichlorati, Tinte) oder auch sie zu zerknittern und zu zerreissen, wobei es zu Orgasmus und Ejaculation kam. Auch seine Schlafpollutionen fielen mit entsprechenden Träumen zusammen.

Einen analogen Fall hat *Garnier** in Paris mitgetheilt. Herr von 31 Jahren, seit es ihm denkt, Fetischist (Damen mit weissen oder blauen Kleidern, besonders aber in blauen mit weisser Schürze), gelangt ursprünglich dazu, weiblichen Personen die Schürze zu rauben, daheim in dieselbe zu masturbiren und sie dann zu verbrennen unter neuerlicher Ejaculation. Später genügte es ihm, weisse oder blaue Kleider mit Schwefelsäure und Tinte zu besudeln, oder auch Löcher in solche mit brennender Cigarre zu verursachen, wobei er in höchster Wollust ejaculirte.

Hinsichtlich der Zurechnungsfähigkeit solcher Attentäter muss vorweg betont werden, dass sie unter allen Umständen schwer belastete, meist noch mit anderweitigen psychischen Anomalien behaftete, sexual tief entartete Menschen sind, denen mildernde Umstände im weitestgehenden Maasse zugebilligt werden müssen.

Vielfach haben diese Delicte aber noch weitere krankhafte Züge, indem sie ganz impulsiv zustande kommen oder die Bedeutung von durch Zwangsvorstellungen vermittelten Zwangshandlungen gewinnen.

Die impulsiven sexuellen Acte der Entarteten sind durch lebhafte geschlechtliche Gefühle bei habitueller Hyperaesthesia sexualis vermittelt, die in Statu nascendi bereits, ohne zu einer deutlich bewussten Vorstellung sich zu erheben, selbst mit Ausschaltung der Bewusstseins- und Willenssphäre, zu einem mächtigen Sexualaffect plötzlich anschwellen und unmittelbar, psychisch reflectorisch, quasi als psychische Convulsion, sich in einen sexualen Gewaltact umsetzen. Alkoholgenuss, sowie längere Abstinenz von sexuellen Acten vermögen bei gewissen Entarteten jederzeit solche mächtige Sexualaffecte zu provociren.

Besonders häufig** sind sie bei psychisch Entarteten mit epileptischer und hysterischer Neurose oder auch Alkoholismus. Die entsprechenden Gewaltacte sind wesentlich solche der Nothzucht.***

Viel wichtiger forensisch sind die auf dem Boden constitutioneller degenerativer Neurasthenie sich entwickelnden Zwangsvorstellungen, die leicht in eine Zwangshandlung sich umsetzen. Der Kranke ist sich zwar seiner Zwangsvorstellung und ihrer Bedeutung bewusst, gleichwohl aber ausser Stande, sich von der auf ihm lastenden Idee (z. B. Besudelung, Zopfabschneiden) zu befreien, ausser durch die erlösende That. Dieser Zwang wird von ihm äusserst peinlich empfunden. Es erhebt sich ein mächtiger Affect der Angst. Dieser wird abnorm vertieft durch gewaltige somatische, besonders vasomotorische Begleiterscheinungen, psychisch durch das Bewusstsein einer unerträglichen Behinderung des freien Denkens bis

* Annales d'hygiène publique et de méd. légale. 1900, Märzheft.

** Psych. sex., pag. 319, 320, Beob. 188, 172—174, 183. — *Chevalier*, Inversion sex. 1893, pag. 362. — *Féré*, Lès épil., pag. 81.

*** Psych. sex., Beob. 187, 23.

zur Phobie, darüber den Verstand zu verlieren, mit dem Gefühl der Unzulänglichkeit des Willens und der zum Kampfe aufgerufenen ethischen Contrastvorstellungen, gegen die Zwangsvorstellung siegreich zu bestehen. So geschieht es eventuell, dass der Kranke, zwar bewusst seiner That und ihrer Bedeutung, aber ohnmächtig, sie zu hindern, auf Grund seines angst- und verzweiflungsvollen Gemüthszustandes im Bewusstsein des Versagens seiner Associations- und Willensenergie, dem unerträglichen Gemüthszustand ein Ende macht, indem er — als psychologisch einzig möglichen Ausweg — die Zwangsvorstellung zur That werden lässt. Die Handlung ist hier zwar eine psychisch vermittelte, eine That, aber erzwungen durch einen zu unerträglicher Höhe gediehenen Bewusstseinszustand, sie ist eine wahre Zwangshandlung, der Thäter der Sklave der ihn treibenden Idee. In seinem Bewusstsein erscheint die Situation als eine organische Nöthigung, als ein Zwang, aus einer unerträglichen Lage, einem Nothstand, in welchem sogar seine Existenz in Frage steht, zu entrinnen. Thatsächlich tritt auch sofort mit der Begehung der That die wohlthätig empfundene Befreiung von der Zwangsidee und damit die Lösung jenes entsetzlichen Spannungszustandes ein.

Diese Erleichterung ist charakteristisch. Der Kranke findet sich resignirt in die Sachlage, indem er sich bewusst ist, ohne seine Schuld unterlegen zu sein.

Die Zwangsvorstellung entwickelt sich aus der emotiven Grundlage eines Sexualaffectes, und zwar plötzlich. Sie tritt paroxystisch auf, eventuell unter denselben wiederkehrenden Gelegenheitsursachen (Alkoholgenuss, Anfall von Neurasthenie u. s. w.) und selbst periodisch.

In vielen Fällen führt die Zwangsvorstellung nicht zur That, indem der Kranke, wenn ihm seine eigene Widerstandsfähigkeit nicht zu genügen scheint, flieht, sich einschliessen lässt u. dergl. Da, wo es zur Katastrophe kommt, pflegt es sich um charakterschwache Individualitäten zu handeln, deren ethische und intellectuelle Begabung und Leistung minderwerthig ist. In anderen Fällen ist es längere Abstinenz von geschlechtlichen Acten, welche den sexualen Affect besonders heftig werden liess und eine Uebercompensation des mit der Zwangsvorstellung verbundenen peinlichen Affectes durch Wollustgefühle im Hinblick auf die zur That treibende Vorstellung bewirkte.

Auch der complicirende Einfluss des nicht blos erogen wirkenden, sondern auch gleichzeitig die sittliche Widerstandsfähigkeit herabsetzenden, zudem vom Degenerirten oft schlecht tolerirten Alkohols kann die Katastrophe herbeiführen helfen.

Ist die Zwangshandlung und die Machtlosigkeit des Kampfes gegen dieselbe erwiesen, so kann von einer strafrechtlichen Verantwortlichkeit nicht mehr die Rede sein, denn der Thäter befand sich zur Zeit seiner That in einem peinlichen, von heftigen körperlichen Vorgängen (geänderter Blutdruck, Tachykardie u. s. w.) getragenen Affectzustand, der hemmend, lähmend auf seinen Willen einwirkte, diesen erdrückte, überwältigte. Der Fall passt in Deutschland unter den Zustand des im § 52 St. G. B. vorgesehenen „unwiderstehlichen Zwanges“. Der Gesetzgeber hat dabei wohl nur an physischen, nicht an psychischen Zwang gedacht, aber die Zwangshandlung ist ein Beweis dafür, dass der unwiderstehliche Zwang auch ein psychisch bedingter sein kann.

Derartige Unglückliche können nur vom Standpunkt der Gemeingefährlichkeit aus beurtheilt werden. Der richtige Ort für sie ist eine Heilanstalt, zumal die Enthaltung von Alkohol, entsprechende Behandlung, eventuell auch hypnotische, wiederholt schon Genesung gebracht hat. Aus der häufigen Erfolglosigkeit selbst der rationellsten ärztlichen Bemühungen mag aber die Festigkeit der fetischistischen Associationen ermessen werden. Diese Thatsache erhellt auch aus dem Umstand, dass das sexuale Traumleben ganz vom Fetisch beherrscht wird.

In klinischer Hinsicht ist der Fetischismus nicht unwichtig als Ursache von (psychischer) Impotenz. In leichten Fällen hilft sich der Betreffende, indem er vor oder während des sexualen Actes sich seines Fetisch versichert. In einem Falle gelang es dem Betreffenden, sich durch Autosuggestion* von seinem Fetisch zu befreien.

In schweren Fällen bedarf es einer mühsamen ärztlichen (Suggestiv-) Behandlung, nebst der Bekämpfung meist bestehender Masturbation und Neurasthenie.

* Psych. sex., Beob. 70.

4. VORLESUNG.

Ueber hysterische Geistesstörungen.

Von

C. Fürstner,

Strassburg i. E.

Meine Herren! Zu den Factoren, die in der Aetiologie der Psychosen eine wirksame Rolle spielen, rechnen wir bekanntlich die Neurosen, vor allem die Chorea, die Epilepsie, die Hysterie, über deren mehr oder minder häufiges und vielseitiges Uebergreifen auf das psychische Gebiet wir freilich bisher zuverlässiges statistisches Material nicht besitzen. Bei ersterer beschränken sich die nervösen Symptome, trotzdem in vielen Fällen die Erkrankung zweifellos den Charakter einer allgemeinen Infection trägt, auf ein verhältnissmässig kleines Gebiet, und ebenso treten die die Neurose complicirenden psychischen Symptome schon infolge des Lebensalters, in dem die grosse Mehrzahl der Kranken steht, und des dem letzteren entsprechenden Status des Seelenlebens unter Formen auf, die auch bei Einwirkungen anderweitiger Schädlichkeiten im Kindesalter prävaliren, als Melancholie oder noch häufiger als Manie, während von einzelnen psychischen Anomalien übermässige Labilität der Stimmung unter dem Bilde einer krankhaften Launenhaftigkeit, andererseits Störungen der formalen Denkthätigkeit in der Gestalt von Zerstreutheit und Fahrigkeit, endlich ein Uebermaass von wechselnden Willensimpulsen, als krankhafte Vielgeschäftigkeit, erkennbar sind. Wie die Chorea durch die Mitbewegungen, so erhält die Epilepsie ihr charakteristisches Gepräge durch die symptomatologisch freilich beträchtlich variirenden Krampfanfälle, zu denen wiederum in engster Beziehung stehen Psychosen von mehr oder weniger transitorischem Verlauf und ausserdem krankhafte Züge des Seelenlebens, früher oder später sich herausbildend, mehr oder weniger vollzählig, die man in ihrer Gesammtheit wohl als „epileptischen Charakter“ zu bezeichnen pflegt. Unter denselben nimmt, wenn auch nicht constant, ein allmählicher Rückgang der Intelligenz eine besonders wichtige Stelle ein. An dritter Stelle endlich würden functionelle Psychosen verschiedener Art zu nennen sein, die bei Epileptikern sich entwickeln können. Weitaus mannigfacher,

als bei diesen beiden Neurosen, ist die Aeusserungsweise der Hysterie, über deren Frequenz sich unsere Ansichten wesentlich geändert haben, seitdem wir wissen, dass das Kindesalter gegen sie keineswegs immun ist, dass zu ihr das männliche Geschlecht ein erhebliches Contingent stellt; ich brauche nur an die grosse Zahl von hysterischen Erkrankungen traumatischen Ursprungs zu erinnern. Auch im Verlaufe der Hysterie treten symptomatologisch variable Anfälle auf; daneben gibt sie sich aber mit letzteren vereint oder ausschliesslich kund durch eine grosse Zahl nervöser Symptome, die den verschiedensten Gebieten des Nervensystems angehören. Ebenso wie die nervösen Symptome treten aber auch die Veränderungen des Seelenlebens bei der Hysterie weitaus vielseitiger auf, als bei der Chorea und Epilepsie. Einmal knüpfen sich unmittelbar an die Anfälle transitorische psychische Störungen, weiter können sich neben und unabhängig von denselben, ebenso wie neben den zahlreichen neurotischen Einzelsymptomen sowohl Psychosen entwickeln, als eine Reihe von psychischen Eigenthümlichkeiten, die man unter der Bezeichnung „hysterisches Temperament" zusammenfassen kann. Handelt es sich um Fälle, wo die Neurose nicht besonders stark entwickelt ist, so können sich auch die psychischen Begleiterscheinungen leicht der Cognition entziehen, ebenso sind nicht immer alle Züge erkennbar, die dem typischen Bilde des hysterischen Temperaments zukommen. Dauert die Neurose aber schon einige Zeit, hat sie sich in einer frühen Lebensperiode eingestellt, so wird auch die Mitbetheiligung des Seelenlebens kaum vermisst werden.

Bei der grossen Wichtigkeit, welche die Kenntniss des hysterischen Temperaments gerade für den praktischen Arzt besitzt, die ihm die Behandlung der körperlichen, namentlich nervösen Symptome erleichtert, die ihm werthvolle Fingerzeige gibt für die Gestaltung der therapeutischen Bestrebungen gegenüber den psychischen Anomalien, die ihm das gesammte Wesen derartiger Kranken erst verständlich macht, möchte ich auf die verschiedenen Componenten des Temperaments etwas näher eingehen, besonders auch weil einzelne derselben den Boden darstellen, auf dem sich später Psychosen in typischer Form entwickeln können. Der Grundton im hysterischen Temperament wird gegeben durch die anomale Reaction in der affectiven Sphäre, die sich durch übermässige Labilität der Stimmung, durch unmotivirte oder zu starke Schwankungen nach der depressiven oder exaltirten Seite kund gibt, die sich gelegentlich auch durch Aeusserungen der Freude oder Trauer erkennbar macht, die im schroffen Gegensatz zu der jeweils vorliegenden Situation und ebenso zu der Reaction des gesunden Menschen stehen. Im ganzen überwiegt bei Hysterischen die depressive Stimmungslage, sie erscheinen niedergeschlagen, morös, unzufrieden, zu Klagen geneigt, und zwar ergibt sich der Stoff für letztere einmal aus der Beschäftigung mit den Vorgängen, die im Bereich des ganzen Körpers oder einzelne Organe desselben sich abspielen, also in der Form eines objectiv nicht begründeten Krankheitsgefühles, nicht minder aber aus den Betrachtungen und Grübeleien, die über frühere Erlebnisse, über die momentane, über die zukünftige Position angestellt werden, endlich aus den Wechselbeziehungen, die zwischem dem Kranken und seiner Umgebung, respective mit der gesammten Aussenwelt sich ergeben. Wird bei zahlreichen Hysterischen lediglich durch übermässige Beobachtung der normalen, im Körper sich abspielenden Vorgänge ein

unmotivirtes Krankheitsgefühl geweckt und weiter genährt, so kommt der pathologische Charakter desselben bei anderen Patienten zum Ausdruck in dem Missverhältniss, das zwischen etwaigen Störungen und Schätzung derselben seitens der Kranken besteht, in einer kleinen Gruppe endlich ist das Krankheitsgefühl zurückzuführen auf Täuschungen, namentlich auf Illusionen im Bereiche der Sinnesorgane, von denen der Tastsinn in erster Linie betheiligt ist. Vergleicht man das Krankheitsgefühl der Hysterischen mit dem der Hypochonder, so sind bei mancher Uebereinstimmung gewisse Differenzen wohl erkennbar; trotz der Lebhaftigkeit, mit der es Hysterische der Umgebung gegenüber äussern, erscheint es doch weniger anhaltend und die Kranken beherrschend; wie oft verstummen z. B. die Klagen traumatisch Hysterischer, sobald der Arzt das Zimmer verlassen oder eine anderweitige Aenderung in der Umgebung stattgefunden hat, ohne dass man berechtigt wäre, deshalb an dem Bestehen der Empfindung überhaupt zu zweifeln, wie oft macht andererseits ein schweres Krankheitsgefühl unvermittelt Platz der Empfindung bedeutender Leistungsfähigkeit, wie oft folgt Monate dauernder, in erster Linie durch das Krankheitsgefühl bedingter Unthätigkeit fast unvermittelt energische Arbeit. Noch häufiger wird aber umgekehrt das Krankheitsgefühl erst geweckt durch einen Vorgang, durch ein Wort, das bei den Gesunden völlig wirkungslos bleibt. Sucht auch der Hypochonder gern Zuhörer für seine Klagen, so macht sich doch bei den Hysterischen das Bestreben, näher und ferner Stehende für die vorhandenen Beschwerden zu interessiren, die eigene Person immer mehr in den Vordergrund zu drängen, viel intensiver bemerkbar. Im engsten Zusammenhang damit steht dann auch die Neigung, die Epitheta möglichst krass zu wählen, um auf das Schwere, um auf das Unerhörte bestehender Leiden hinzuweisen, und nicht minder die Uebertreibung vorhandener Beschwerden, endlich aber auch die bewusste Vortäuschung anderer, die raffinirte Darstellung von medicinischen Ungeheuerlichkeiten, die es oft genug nur sorgfältigster Ueberwachung bei Tag und Nacht als Täuschungen klarzustellen gelingt. Noch in einer anderen Beziehung endlich unterscheidet sich das Krankheitsgefühl der Hysterischen von dem der Hypochonder, es vermag in viel höherem Grade, und zwar wohl nur theilweise unter Vermittlung von Vorstellungen, die Function einzelner Körpertheile, z. B. des Muskelsystems, zu beeinflussen, es vermag psychogene Reiz- und Ausfallsymptome, Krämpfe und Lähmungen zu erzeugen; ich brauche nur an gewisse Krampfzustände in den Augen, Kehlkopf und Respirationsmuskulatur zu erinnern, die wir bei den Hypochondern trotz gleichartigen Krankheitsgefühles überhaupt nicht oder höchstens angedeutet beobachten, Störungen, in deren Genese uns ein genügender Einblick bisher überhaupt fehlt.* Verstärkt wird die Unzufriedenheit der Kranken oftmals durch die Meinung, die Umgebung würdige nicht genügend die schweren Störungen, es geschehe nicht alles, was zu ihrer Pflege oder zu ihrer Beseitigung nöthig sei. Die auffallend geringe, schwer verständliche Werthschätzung der gesetzlich gesicherten Vortheile, die wir bei Trägern der traumatischen Hysterie so oft constatiren, fehlt auch bei anderweitigen Hysterischen nicht, soweit es sich etwa um Anerkennung

* Die Lehre von dem psychogenen Ursprung mancher Symptome steht noch auf recht schwachen Füssen, wie sollen z. B. bei Kindern auf dem Wege der Vorstellung seltene Symptome zu Stande kommen?

der schweren Opfer handelt, welche die Familie bereitwillig im Interesse der besonders anspruchsvollen Verpflegung oft Jahre hindurch gebracht hat; oder um Aeusserungen der Dankbarkeit gegen den Arzt oder die Personen, an deren Sorgfalt und Geduld die grössten Anforderungen gestellt wurden. Neben dem Krankheitsgefühl ist es weiter die oft unberechtigte Unzufriedenheit mit den persönlichen Verhältnissen, mit der Lebenslage, welche die Verstimmung immer von neuem nährt. Zu Ueberschätzung ihrer Leistungsfähigkeit geneigt, vermissen die Kranken besonders schmerzlich die genügende Anerkennung derselben seitens anderer und erblicken darin nur zu gern absichtliche Schädigung und Verletzung ihrer berechtigten Ansprüche. Mit ausgeprägtem Egoismus, mit weitgehenden Wünschen für die eigene Person verbindet sich das Unvermögen, die Verdienste anderer anzuerkennen, begründete Ansprüche derselben zu erfüllen. Selbst in hohem Grade empfindlich, vermögen die Kranken oft genug nicht dem Reiz zu widerstehen, andere mit Wort oder That zu kränken, zu verletzen. Vom Krankheitsgefühl gequält, unzufrieden mit ihrer Position, die eigene Schuld oft ungünstig gestaltet hat, die Zukunft in den dunkelsten Farben sich ausmalend, begehen dann Hysterische nicht selten Suicidiumversuche, die ebenso bemerkenswerth zu sein pflegen wegen der Wahl in ihrer Wirkung unsicherer Mittel, wie durch die möglichst auffallende, den Erfolg vereitelnde Inscenirung. Wiederholte Versuche und noch häufigere Androhung derselben sind besonders geeignet, die Aufmerksamkeit des Arztes und Pflegepersonals einzuschläfern, die trotz des mangelnden Ernstes, mit dem der Kranke zur That schreitet, um so nöthiger sind, als oft der Zufall bei derselben eine verhängnissvolle Rolle spielt. Das Bestreben, Aufsehen zu erregen, die eigene Person in den Vordergrund des Interesses zu rücken, gibt sich dann weiter kund in der Neigung mancher Hysterischen, zu fabuliren, romanhafte Geschichten zu produciren, Intriguen anzuzetteln, in denen sie mit Vorliebe als Gegenstand der Zurücksetzung der Anfeindung erscheinen, Darstellungen, die in erster Linie bestimmt sind, auf das Mitleid der Umgebung zu speculiren, die dem Kranken selbst einen unverkennbaren Reiz gewähren. Die geschickte Mischung von wirklichen Vorkommnissen mit ganz erdichteten oder wesentlich umgestalteten wird gewiss oftmals begünstigt durch eine den Kranken eigenthümliche Art der Auffassung, die es mit sich bringt, dass manche Erlebnisse sich überhaupt nicht oder nur bruchstückweise dem Gedächtniss einprägen, dass die Kranken dann diese Lücken, ohne sich dessen bewusst zu sein, mit frei Erfundenem ausfüllen; andererseits macht sich auch hierbei eine Neigung bemerkbar, die gerade in jüngster Zeit viel discutirt worden ist, die Neigung zu krankhaftem Lügen. Jedenfalls erweisen sich derartige Erzählungen Hysterischer um so gefährlicher für die oft ganz Unbetheiligten, denen doch eine mehr oder weniger bedenkliche Rolle in ihnen zugewiesen wird, als die gewandte Dialektik, die reiche Erfindungsgabe der Kranken die Feststellung der Wahrheit ungemein erschweren kann. Die Erfahrung, dass es in diesen Erzählungen sich oft um sexuelle Vorkommnisse handelt, dass Personen der Umgebung, dass der Arzt sexueller Attentate beschuldigt wird*, veranlasst mich, eine vielfach discutirte Frage

* Praktisch empfiehlt es sich, Genitaluntersuchungen bei Hysterischen nicht ohne Gegenwart von Zeugen vorzunehmen.

zu erörtern: Gehört zu den Zügen des hysterischen Temperaments auch eine gesteigerte sexuelle Begehrlichkeit? Wenn diese Frage vielfach bejahend beantwortet, wenn auf Grund dieser Meinung von Laien und auch von Aerzten in der Ehe noch immer ein Heilmittel für die Neurose erblickt wird, so spielt hierbei offenbar die besonders tiefwurzelnde Auffassung mit, dass die Nichtbefriedigung sexueller Erregung oder krankhafte Veränderungen im Sexualapparat häufig die Basis für die Hysterie abgeben, eine Meinung, die durch gewisse therapeutische Modeströmungen begünstigt, zu mehr oder weniger energischer gynäkologischer, vor allem auch zu operativer Behandlung Hysterischer geführt hat, während andererseits oft genug von der Verheiratung ein Erfolg erwartet wird. Holen doch weitaus die Mehrzahl Hysterischer den Rath des Nervenarztes erst ein, nachdem sie vorher kürzere oder längere Zeit wegen oft recht problematischer Leiden des Unterleibes behandelt worden sind, überrascht doch oft geradezu die Bereitwilligkeit, mit der die Mütter hysterischer junger Mädchen in gynäkologische Untersuchung und Behandlung willigen, während die blosse Andeutung, dass etwa eine geistige Störung vorliegen könne und nach dieser Richtung hin therapeutische Bestrebungen angezeigt seien, mit der mangelnden Einsicht widersprochen wird, die der Heilung so mancher Geisteskranken verhängnissvoll wird.

Was die Wirkung der Verheiratung angeht, so ist dieselbe zunächst in den ziemlich zahlreichen Fällen wenig günstig, wo unverkennbare, wenn auch nicht sehr mannigfache körperliche Symptome der Neurose vorliegen, wo aber viel ausgeprägter die Labilität der Stimmung und anderweitige Züge sind, die dem hysterischen Temperament zukommen, die man irrthümlicher Weise mit den Erregungen des Brautstandes leicht erklären zu können meint. Durch eine besonders ungünstige Prognose sind dann ferner jene nicht allzu seltenen Fälle ausgezeichnet, wo unmittelbar nach der Hochzeit eine Psychose zum Ausbruch kommt, die entweder die Merkmale einer hysterischen Melancholie oder Paranoia trägt. Bei derartigen postconnubialen Erkrankungen werden dann dem Arzte gern verschwiegen Erkrankungen in der Ascendenz, nicht minder Symptome, die schon vor der Verheiratung bestanden, die auch den Angehörigen der Braut gelegentlich nicht entgingen, die aber in ungenügender Weise gewürdigt und vor allem vor dem Bräutigam verborgen gehalten wurden.

Nach meiner Ansicht sind nun beide hier in Betracht kommenden Meinungen unerwiesen. Einmal ist bei der Mehrzahl der Hysterischen eine gesteigerte sexuelle Erregbarkeit keineswegs vorhanden; steht doch in offenkundigem Widerspruch zu dieser Ansicht schon die tagtäglich zu bestätigende Thatsache, dass bei den hysterischen Männern, vor allem auch bei der Gruppe von Kranken, wo der Ursprung der Neurose ein traumatischer ist, fast regelmässig eine beträchtliche Abschwächung des sexuellen Triebes und damit Hand in Hand oft eine Schwächung der Potenz sich entwickelt, dass gerade bei den schweren weiblichen Hysterischen die Geschlechtsreife sich oft erst verspätet einstellt, dass andere Mal ein pueriler Status des Genitalapparates übermässig lange fortbesteht, der sich auch in Störungen der Menstruation äussert. In demselben Sinne sprechen aber die oft genug von Männern hysterischer Frauen zu hörenden Aeusserungen über auffallende Kälte der letzteren beim geschlechtlichen Verkehr, ganz zu schweigen von den Fällen,

wo wegen Vaginismus oder anderweitiger Störungen ein normaler Beischlaf überhaupt unmöglich ist und perhorrescirt wird. Ich muss aber auch der Meinung widersprechen, dass bei Hysterischen pathologische Zustände im Genitalapparat constant eine Rolle spielten oder gar regelmässig als Ursache der Neurose anzusehen seien. Wenn auch der Operationseifer, der aus den genannten Lehren erwuchs, angesichts der recht zahlreichen Fälle, wo der Erfolg nicht nur ausblieb, sondern wo, wenn die Beobachtung nur die Zeit der Suggestivwirkung überdauerte, erhebliche Verschlimmerung des nervösen Zustandes zu constatiren war, beträchtlich abgekühlt worden ist, so wird doch durch anderweitige Localtherapie bei Frauen und Mädchen noch genug gesündigt, um den Hinweis gerechtfertigt erscheinen zu lassen, dass bei schwer Hysterischen ein durchaus normaler Sexualapparat vorhanden sein kann, dass in noch zahlreicheren Fällen neben wirklich nachweisbaren mehr oder weniger bedeutenden Veränderungen in der Genitalsphäre anderweitige, weitaus wichtigere angeborene oder erworbene Factoren mit im Spiele sind und einen Einfluss üben, der weder durch operatives Vorgehen, noch durch Ausspritzungen und locale Proceduren paralysirt werden kann, dass aber durch letztere erst oft genug Empfindungen angeregt werden, welche die Aufmerksamkeit der Kranken übermässig auf diese Sphäre lenken und auf das Seelenleben rückwirkend Schaden stiften. Gewiss spielen der lebhaften Phantasie entsprechend auch sexuelle Vorgänge bei manchen Hysterischen eine bevorzugte Rolle, gewiss werden dieselben gelegentlich in Wort und Schrift zum Ausdruck gebracht — dass dies aber für die Majorität der Kranken zuträfe, muss ich ebenso bestreiten, wie die Folgerung, dass eine wirkliche Steigerung der sexuellen Erregung damit Hand in Hand ginge. Wie bei Hysterischen überhaupt, so wirken auch in dieser Beziehung äussere Eindrücke, Lectüre, sexuelle Darstellung in verschiedener Form wesentlich mit, Schädlichkeiten, die namentlich bei jungen Mädchen keineswegs immer mit dem nöthigen Ernst fern gehalten werden. Besonders möchte ich noch darauf hinweisen, dass die Kenntniss sexueller Vorgänge, die in den vorhin erwähnten Erzählungen über angebliche geschlechtliche Angriffe hervortreten, keineswegs immer durch eigene Erfahrungen gewonnen sind, dass sie vielmehr oft genug aus Büchern, aus Unterhaltungen und anderweitigen Darstellungen stammen. Bei der Production derartiger Anschuldigungen tritt die Gewandtheit der Hysterischen, wirkliche Vorkommnisse mit Erdichtetem zu vermengen, die vorgebrachten Beschuldigungen mit anscheinend unanfechtbarem Material zu stützen, besonders deutlich hervor, nicht minder aber auch die Befriedigung, die den Kranken das Anzetteln derartiger Intriguen und die Schädigung anderer gewährt. Auch hierbei macht sich übrigens eine gewisse Schwäche des Erinnerungsvermögens insofern bemerkbar, als die Kranken nach mehrfachen Wiederholungen ihrer Anklagen nicht mehr im klaren darüber sind, welche Angaben den Thatsachen entsprechen, welche als Umgestaltungen oder freie Erfindungen anzusehen sind. Bei diesen krankhaften Lügereien macht sich endlich auch, wie bei anderen Vorkommnissen, das verhältnissmässig tiefe Niveau der ethischen Empfindungen fühlbar, das vielen Hysterischen eigen, das oft genug, wie bei der typischen moral insanity, auf einem von Haus aus bestehenden Defect beruht, dass andere Mal aber, mehr oder weniger begünstigt durch das Milieu, in dem die Kranken leben, sich erst herausgebildet hat.

Was nun die Intelligenz der Hysterischen angeht, so ist die Gefährdung derselben durch Anfälle oder durch anderweitige Symptome der Neurose weitaus geringer, als bei der Epilepsie. Gedächtniss und Urtheil können vollkommen intact bleiben, es kann selbst eine gewisse Schärfe und Unverfrorenheit des letzteren, ebenso eine bemerkenswerthe formale Gewandtheit bestehen, während in anderen Fällen trotz einer gewissen Geriebenheit die Schwäche der Kritik nicht verborgen bleibt. Ueber eine mehr partielle Insufficienz des Erinnerungsvermögens, die vielen derartigen Kranken eigen ist, habe ich mich schon vorhin geäussert. Zu erwähnen bleibt endlich noch das Auftreten von Zwangsvorstellungen. Bei vielen Kranken spielen dieselben gegenüber den anderweitigen Zügen des hysterischen Temperaments nur eine untergeordnete Rolle, sie tragen höchstens zur weiteren Steigerung des depressiven Affectes bei, in anderen Fällen aber belästigen sie durch die Häufigkeit des Auftretens und ihren Inhalt die Kranken in hohem Grade, es verknüpfen sich mit ihnen auch Impulse zu dem Inhalt entsprechenden Handeln, denen die Kranken nur mühsam in stetem Kampfe Widerstand zu leisten vermögen. In der Willenssphäre endlich fällt zunächst der unvermittelte Wechsel zwischen Schwäche und erheblicher Kraftleistung auf. Nach einzelnen Richtungen hin, z. B. religiösen Uebungen, Krankenpflege, leisten oft genug dieselben Hysterischen Erstaunliches, die noch kurz zuvor und auf anderen Gebieten sich zu jeder Thätigkeit unfähig erwiesen. Unter diesem Mangel an Ständigkeit der Willensimpulse leiden bekanntlich auch die therapeutischen Bestrebungen, die auf Besserung, respective Heilung Hysterischer abzielen; ständiger Wechsel der Aerzte, der Medicamente, der Curmethoden, Vernachlässigung der gegebenen Vorschriften sind ebenso regelmässige Consequenzen der Willensschwäche, wie der Mangel an Erfolg, der, bei den gegebenen Verhältnissen durchaus verständlich, nicht der eigenen Person, sondern anderen zur Last gelegt wird. Dieser Wirkungslosigkeit aller möglichen Behandlungsm ethoden stehengegenüber die bekannten Wundercuren, die unter Mitwirkung religiöser Momente, die andere Male von Curpfuschern jeder Art in Scene gesetzt, die mit bemerkenswerther Energie von den angeblich Geheilten weiter colportirt und gepriesen werden. Trotz vereinzelter Kraftleistungen prävalirt aber bei den Hysterischen Schwäche des Willens, die in erster Linie mit dem depressiven Affect in Form des Krankheitsgefühles im engsten causalen Zusammenhang steht. Diese Schwäche des Willens ist es auch hauptsächlich, die bei vielen Hysterischen, die darauf angewiesen sind, ihr Brot zu verdienen, einen ständigen Wechsel der Stellung zur Folge zu haben pflegt.

Ich habe das hysterische Temperament besonders ausführlich geschildert, weil die Kenntniss desselben für das Verständniss und die Bewerthung der Reden und Handlungen vieler Kranken unentbehrlich ist. In der Mehrzahl der Fälle wird sich dasselbe ebenso, wie die Symptome der Neurose, sei es dass sich dieselbe durch Anfälle oder durch anderweitige nervöse Symptome äussert, auf einem von vornherein degenerirten Boden entwickeln; es kann aber nicht zweifelhaft sein, dass dasselbe auch erworben werden kann. Angesichts der ersteren Entstehungsweise werden wir uns nicht wundern dürfen, gelegentlich schon im Kindesalter das hysterische Temperament wohl ausgebildet zu treffen. Im übrigen können sich die nervösen und die psychischen Symptome in durchaus wechselnder Stärke und Anordnung miteinander vereinen. Bei Kranken, bei denen die Neurose

nur rudimentär besteht, können die Züge des hysterischen Temperaments besonders vollzählig und ausgeprägt sein; aber auch die entgegengesetzte Gruppirung ist zu treffen.

Wende ich mich nun zu den eigentlichen Psychosen, so können bei Kranken, welche die Symptome der Neurose mehr oder weniger vollzählig aufweisen, und ebenso bei solchen, wo die Anfälle das einzige Symptom sind, wohl alle Formen der functionellen Geistesstörung auftreten; immerhin werden zwei Gruppen psychischer Störung besonders häufig zu treffen sein, Geistesstörungen, die neben den Symptomen der Neurose auftreten, und zweitens solche, die in directer Beziehung zu den Anfällen stehen. In der ersten Gruppe prävalirt die Hypochondrie, die Melancholie und Paranoia; für alle drei ist im hysterischen Temperament der Boden vorbereitet, alle drei werden sich durch gewisse Züge von den gleichen Formen unterscheiden, die auf anderer ätiologischer Basis entstanden sind. Wenn ich die Hypochondrie besonders anführe, so geschieht es vor allem, um die an Frequenz immer mehr anwachsenden Fälle zu berücksichtigen, wo im Anschlusse an Traumen Krankheitsbilder entstehen, in denen Symptome der Hypochondrie und Hysterie neben einander bestehen, Fälle, auf die noch am ehesten die Bezeichnung „traumatische Neurose" zutrifft, trotzdem auch bei ihnen die psychischen Abnormitäten im Mittelpunkt des Krankheitsbildes stehen. Es sind jene Fälle*, wo der depressive Affect in der Gestalt eines unmotivirten oder übermässig starken Krankheitsgefühles zum Ausdruck gelangt, bei denen ausserdem eine Reihe von körperlichen Erscheinungen, vor allem im Bereich der von dem Trauma direct betroffenen Körperpartien, zu constatiren sind, die auch im Verlaufe der Hysterie zur Beobachtung kommen, bei deren Entstehung wiederum psychische Vorgänge mitgespielt haben können. Bei der Zurechnung derartiger Fälle zur Hypochondrie oder zur Hysterie oder endlich zur Neurasthenie geht es oft nicht ohne eine gewisse Willkür ab. Das Gemeinsame für alle Fälle ist jedenfalls das Krankheitsgefühl, die Begleitsymptome werden beträchtlich variiren können. Prävalirt in diesen traumatischen Hysterien das krankhafte psychische Element, so werden sie oftmals der Hypochondrie entsprechen, mit gewissen Abweichungen, auf die ich schon hingewiesen habe. Bei einer weiteren Gruppe von Fällen dieser Art finden wir Combinationen der Hypochondrie mit der zweiten bei Hysterischen besonders häufigen Psychose, mit der Melancholie, und zwar gibt sich diese Verbindung weniger kund in der Production von Selbstvorwürfen neben den hypochondrischen Wahnideen vor allem des Inhalts, dass der Kranke selbst glaubt, seine Leiden verschuldet zu haben, als vielmehr in der Gleichartigkeit der Affect- und Willensstörung.

Die Melancholie tritt einmal bei Fällen auf, wo die Symptome der Neurose Hysterie schon seit Jahren bestanden, im Gegensatz dazu aber auch bei solchen, wo nur vereinzelte Erscheinungen den Verdacht rechtfertigen, dass eine hysterische Basis bestände, so Globusgefühl, gelegentliche Ohnmachten, Schreckhaftigkeit, Hyperästhesie im Bereich der Sinnesorgane, Zittern. Bei

* Ueberwiegend werden hierbei Männer in Betracht kommen, und es wird zu der Beantwortung der Frage Anlass gegeben sein, inwiefern unterscheidet sich die Hysterie der Männer von der der Frauen. Die Züge des hysterischen Temperaments, das ich oben geschildert habe, werden sich viel vollzähliger und typischer bei der Frau, als beim Manne constatiren lassen. Ueberhaupt gibt sich meiner Erfahrung nach die Hysterie beim Mann mehr auf dem nervösen, als psychischem Gebiete kund.

beiden Gruppen entwickelt sich die Melancholie spontan oder unter Mitwirkung weiterer Schädlichkeiten; besonders wirksam erweisen sich depressive Gemüthsbewegungen, die Menses und endlich das Klimakterium. Der Form nach prävaliren die Melancholia simplex und die Melancholia agitata.

Vergleicht man nun derartige Fälle mit andern, wo die hysterische Basis fehlt, so ergibt sich zunächst eine Differenz bezüglich des Affects. Trotzdem derselbe in oft stürmischer Weise zu Tage tritt, in beständigem Jammern und Wehklagen sich kund gibt, kann man sich des Eindruckes nicht verwehren, dass er die Kranken nicht völlig beherrscht, dass er bei geringen Anlässen in die entgegengesetzte Stimmungslage umschlagen kann. Damit stimmt die weitere Erfahrung überein, dass die Kranken Fremden gegenüber sich in einer Weise zu beherrschen vermögen, wie es anderen Melancholikern nicht gelingt, eine Wahrnehmung, die wiederum die Umgebung, die Familie dazu verleitet, das monotone Wehklagen mehr für Bosheit, als für Krankheit anzusehen. Raptusartige Zustände kommen verhältnissmässig oft vor, die während derselben executirten Gewaltthätigkeiten, sei es dass dieselben gegen die eigene Person oder gegen die Umgebung gerichtet sind, lassen ein Maass von Berechnung erkennen, das bei anderweitigen Melancholikern oft vermisst wird. Häufig kommt es ferner zur Nahrungsverweigerung, welche Sondenfütterung erfordert. Bei den ersten Fütterungen sträuben sich wohl die Kranken mit grosser Energie, dann verhalten sie sich aber apathischer, öffnen den Mund und lassen sich Wochen hindurch ohne jede Reaction ernähren. Dabei wird aber immer damit zu rechnen sein, dass die Kranken plötzlich, in wohlüberlegter Weise, erneuten Widerstand leisten und damit den Fütterungsact direct gefährlich gestalten können. Ganz besondere Aufmerksamkeit erheischen die suicidialen Impulse bei den Melancholien Hysterischer. Dem Lebensüberdruss wird von einzelnen Kranken, namentlich in Anwesenheit anderer Personen, immer wieder Ausdruck verliehen, tagtäglich wird die Umgebung durch Drohungen geängstigt, Vorbereitungen werden zu Versuchen getroffen, die der Umgebung nicht entgehen können, Taschentücher, Scheeren verschwinden, die in den Betten der Patienten oder anscheinend sorgfältig in den Kleidern versteckt, sich wiederfinden, oder es werden Versuche gemacht, die nicht zum Ziele führen können: Die Kranken bringen sich oberflächliche Verletzungen bei, sie machen Strangulationsversuche in Momenten, wo sie des Hinzukommens anderer Personen sicher sind, toxische, medicamentöse Stoffe werden in ungenügender Dosis getrunken, kurz die Kranken ergehen sich in Spielereien mit Selbstmordversuchen, durch die sie das erhöhte Interesse für ihre Person bei der Umgebung erzwingen, durch welche sie bei letzterer aber auch leicht eine Unterschätzung der Gefahr fordern. Derartige Hysteromelancholische sind auch in den Anstalten um so mehr gefürchtet, als sie auf andere Patienten ganz besonders inficirend wirken und namentlich bezüglich der Selbstmordversuche zur Imitation reizen.* Im Gegensatz zu dieser Gruppe von Kranken tritt bei einer anderen der Impuls zum Suicidium ganz plötzlich auf, oft ausgelöst durch unbedeutende Vorkommnisse — Ausbleiben eines Besuches, Versagen eines Wunsches, oder bei Anlässen, die den normalen Menschen eher freudig

* Auch das „in Schönheit sterben" dürfte oftmals zu den Wünschen Hysterischer gehören.

zu stimmen pflegen, z. B. Weihnachtsbescheerung — und wird mit grosser Energie, mit kluger Berücksichtigung der äusseren Umstände in erfolgreiche Handlung umgesetzt. Die Wahnideen entsprechen den bei andern Melancholien beobachteten; solche mit religiös sexuellem Inhalt sind besonders häufig. Was den Verlauf dieser Gruppe von Melancholien angeht, so ist derselbe durch eine gewisse Inconstanz, durch ein Auf- und Abschwanken der Erscheinungen ausgezeichnet. Dies trifft zu für die Symptome der Neurose und Psychose allein, dies gilt aber auch für die Gestaltung beider zu einander. Entwickelt sich bei einer Hysterischen mit Anfällen eine Melancholie, so treten die ersteren oft ganz zurück oder sie stellen sich während der Psychose noch ganz vereinzelt ein, um dann ganz zu cessiren. Dieselbe Minderung kann für die sonstigen Symptome der Neurose zutreffen, ebenso weisen aber auch die psychischen Symptome bezüglich ihrer Intensität erhebliche Schwankungen auf. Um den verschiedenartigen Antheil der Neurose und Psychose an dem Krankheitsbild kenntlich zu machen, kann man wohl von einer Hysteromelancholie und einer Melancholie mit hysterischen Zügen sprechen.

Ebenso wie nun diese Geistesstörung im „hysterischen Temperament“ in ihren ersten Anfängen vorgebildet ist — ich erinnere nur an die Stimmungslage — so entwickelt sich auf derselben Basis oft die Paranoia, und zwar kommen, was die Entwicklung und Beziehungen zur Neurose angeht, zwei Typen besonders häufig zur Beobachtung: entweder entstehen infolge des Krankheitsgefühles, infolge der zahlreichen Missempfindungen, zunächst hypochondrische Wahnideen und daran sich anschliessend Beeinträchtigungsideen, beide in immer innigerem Connex zu einander tretend; oder die Empfindung, benachtheiligt, in seinen Leistungen nicht genügend anerkannt, bezüglich des körperlichen Wohlbefindens geschädigt zu werden, wächst direct zu der Wahnidee aus, der Gegenstand von Nachstellungen und Angriffen zu sein, unter denen dann wiederum Schädigungen und Attentate sexueller Art eine bevorzugte Rolle spielen. Der Weiterausbau der Wahnideen wird dann häufig durch Sinnestäuschungen gefördert, anderseits können aber die Bausteine für diese hallucinatorische Paranoia in die luciden Intervalle herübergenommene Residuen aus acuten, den Anfällen folgenden Erregungszuständen sein. Sind in den früheren Stadien dieser hysterischen Paranoia Beeinträchtigungsideen mit sexueller Färbung, die Vorstellung, geschlechtlich missbraucht, geschwängert, an den Geschlechtstheilen malträtirt zu werden etc., häufig, so prävaliren in späteren Perioden gern Wahnideen mit religiöser Färbung oder solche, in denen das sexuelle und religiöse Element gleichzeitig zum Ausdruck kommt (geschlechtliche Beziehungen zu Christus, zu dem heiligen Geist etc.). Hysterische Paranoien schwererer Art, namentlich solche, bei denen die Symptome der Neurose deutlich ausgeprägt und auch auf psychischem Gebiet ernstere Erscheinungen, namentlich Sinnestäuschungen vorhanden sind, werden für die Beurtheilung kaum Schwierigkeiten bieten; anders steht es dagegen mit gewissen Fällen, wo mit vereinzelten Wahnideen, vor allem Beeinträchtigungsideen von den durchaus besonnenen, über ein scharfes Raisonnement verfügenden Kranken eine Reihe von Behauptungen verknüpft werden, die Anklagen und Beschuldigungen näher oder ferner Stehender enthalten, die durch krankhafte, die aber auch durch bewusst falsche Deutung und Verarbeitung realer Wahrnehmungen und Vor-

kommnisse bekräftigt werden, wo neben den Wahnideen ein Gespinnst von Lügen und Zettelungen producirt wird, in denen Dichtung und Wahrheit auf das Engste vermischt ist, an deren Zustandekommen die vorhin erwähnte Neigung der Hysterischen zu phantastischer Ergänzung wirklicher Vorkommnisse, aber auch zu direct lügnerischer Gestaltung besonders deutlich zu Tage treten. Ebenso wie die mündlichen und schriftlichen Aeusserungen derartiger Kranken ein eigenthümliches Gemisch von Krankheit und ethischer Degeneration aufweisen, so sind auch die Handlungen derselben bald auf Wahnideen oder Sinnestäuschungen, bald aber auf moralisch schlechte Impulse zurückzuführen. Der Nachweis, dass in derartigen, häufig forensen Fällen doch beiderlei Antriebe pathologischem Boden entstammen, wird oft genug mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Erst in späteren Stadien treten in diesen Fällen die Symptome der Paranoia unverkennbar hervor, die Beeinträchtigungsideen mehren sich, sie werden mit einander verknüpft und damit gewinnt auch die Auffassung der realen Vorgänge bei den Kranken immer mehr pathologischen Charakter. Jedenfalls können Kranke der letzteren Kategorie in den Anstalten und ausserhalb derselben die unangenehmsten Objecte für ärztliche Behandlung und Begutachtung abgeben.

Ich möchte hier noch einer, praktisch recht wichtigen Gruppe von Fällen gedenken, deren Beginn in die Zeit der Pubertät oder einige Jahre später zu fallen pflegt, wo zunächst Symptome der Chlorose und der Neurose Hysterie eng mit einander verknüpft, den Beginn der Psychose verdecken, wo sich zunächst nur allmählich eine Zurückhaltung, eine Verstimmung gegenüber gerade den nächsten Angehörigen, vor allen den Eltern bemerkbar macht, die in Aeusserungen: „Ihr versteht mich nicht, Ihr beurtheilt mich falsch, Ihr unterdrückt mich“ zum Ausdruck gelangen; wo sich dann allmählich Beeinträchtigungsideen entwickeln, die insofern bemerkenswerth sind, als gerade die nächsten Angehörigen, die in der Erziehung eher zu nachsichtig, die von übergrosser Liebe zum Kinde sich leiten liessen, als Feinde bezeichnet werden, wo mit zunehmenden Klagen über die angeblich erlittene Unterdrückung und Knechtung immer dringender das Verlangen geäussert wird, aus der angeblich unwürdigen Umgebung, aus dem Elternhause herauszukommen; wo auch die zweite Gruppe von Wahnideen, die der Paranoia eigen, die Grössenideen sich insofern äussern, als die Kranken ihre Leistungen überschätzend, vermeinen, dank eigener — an und für sich geringer — Begabung und Talentirung sich erhalten, ja eine glänzende Position erringen zu können. Erst nach jahrelangem schmerzlichen Kämpfen der Eltern mit dem Kinde, erst nach den mannigfaltigsten therapeutischen Versuchen, pflegt in solchen Fällen an eine psychische Erkrankung gedacht zu werden, meist erst dann, wenn die Paranoia voll entwickelt, wenn die Hoffnung auf Besserung höchst gering ist. In einem Bruchtheile dieser Fälle ist die intellectuelle Ausstattung der Kranken von Hause aus eine dürftige, es besteht ein gewisser Grad von Schwäche, über den die für ihr Kind nur zu sehr eingenommenen Eltern sich selbst und andere gerne täuschen; dieselbe pflegt sich auch kundzugeben in der Unfähigkeit der Kranken, sich ernst und erfolgreich zu beschäftigen; regelmässig ist diese Complication mit angeborener Schwäche aber nicht zu constatiren. Gerade in derartigen Fällen könnte nun meiner Ueberzeugung nach prophylaktisch durch ein

frühzeitiges Eingreifen des Arztes der weiteren Entwicklung der Psychose vorgebeugt werden. Freilich genügt hier nicht ein Badeaufenthalt, um die angebliche Chlorose zu bekämpfen, es genügt nicht eine Kaltwasserbehandlung, sondern es wird eine zielbewusste, psychische Behandlung, von einem sachverständigen Arzt geleitet, erforderlich sein, daneben eine völlige Trennung von der bisherigen, schädlichen Umgebung, Forderungen, die meist nur durch Verbringung in eine Anstalt zu erfüllen sein werden. Dass dieser Vorschlag aber heute, schon um äusserer Vortheile nicht verlustig zu gehen, z. B. etwaiger späterer Verheiratung der Kranken oder ihrer Geschwister, bei den Angehörigen auf um so lebhafteren Widerstand stossen wird, als die Kranke in ihrem Denken und Sprechen formal zunächst keinerlei Störung aufzuweisen braucht, ist leider nicht zu verkennen.

Eine wichtige Gruppe von Geistesstörungen steht nun bei der Hysterie in directem Zusammenhang mit den Anfällen. Schon an anderer Stelle habe ich darauf verwiesen*, dass unsere Kenntnisse über die hysterischen Psychosen überhaupt, dass insbesondere aber unser Wissen über die Psychosen, die sich an hysterische Krampfanfälle schliessen, sich nicht auf so umfangreiches und vielseitig bearbeitetes Material stützen kann, wie bei der Epilepsie. Während bei letzterer die Krankheitsbilder, unter denen die Neurose uns entgegentritt, wenig zahlreich sind, während die schwereren derselben, die wiederum besonders häufig Psychosen auslösen, für einen erheblichen Procentsatz der Betroffenen Behandlung, resp. Verpflegung in Anstalten erheischen, und so dem ärztlichen Studium leichter zugängig werden, sind die schweren hysterischen Insulte seltener, sie kommen vorzugsweise in den grossen Verkehrscentren zur Beobachtung, während eine beträchtliche Zahl von Fällen, wo die Hysterie sich durch mannigfache nervöse Einzelsymptome äussert, oder solche, wo die Anfälle nur vereinzelt oder in grossen Intervallen und ausserdem unter leichteren Symptomen auftreten, überhaupt nicht oder ganz vorübergehend in Krankenhäuser oder Anstalten gelangen, und damit auch die Beobachtung etwaiger complicirender psychischer Anomalien in hohem Grade geschmälert wird. Während wir neben den grossen classischen auch kleinere Anfälle, das petit mal, periodisch auftretende Absenzen als Beweis für das Bestehen von Epilepsie erachten, steht noch nicht fest, ob auch auf Grund gewisser leichterer Symptomencomplexe allein auf das Bestehen von Hysterie sicher geschlossen werden darf; vor allem ist aber das Bild des hysterischen Anfalles ein ungemein variables. Die Merkmale, die man früher bei der Differentialdiagnose zwischen epileptischem und hysterischem Insult verwendete, haben sich zum grossen Theil als nicht zuverlässig ergeben. Bewusstlosigkeit, Bewusstseinstrübung, Mangel der Pupillenreaction können bei beiderlei Anfällen vorkommen, die Qualität der Zuckungen ist gleichfalls nicht constant; um der Thatsache gerecht zu werden, dass gewisse hysterische Anfälle von den epileptischen Anfällen kaum zu trennen sind, hat man sie als hystero-epileptische bezeichnet, und schon a priori durfte die Annahme gerechtfertigt sein, die ich nach meinen persönlichen Erfahrungen nur als zutreffend erachten kann, dass gerade diese Art von Anfällen auch besonders häufig schwerere transitorische Psychosen auszulösen

---

* *Fürstner*, Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Archiv für Psychiatrie, Bd. 31.

pflegen. Dies gilt vor allem für die psychischen Störungen, die nach den Anfällen auftreten. Die Uebereinstimmung zwischen den postepileptischen und postparoxysmalen Psychosen bei der Hysterie kann in der That so gross sein, dass eine sichere differentielle Diagnose ohne Kenntniss der Anamnese kaum möglich ist. Zunächst kommt auch nach hysterischen Insulten ein Krankheitsbild vor, das dem postepileptischen Stupor entspricht. Nachdem die Zuckungen cessirt haben und höchstens noch Tonus — in einzelnen Körpergebieten — in der Brust, der Arm- oder Beinmuskulatur erkennbar ist, oder noch stossweise Schüttelbewegungen auftreten, besteht die Trübung des Sensoriums bei den Kranken fort. Mit starren Gesichtszügen, die Augen auf einen bestimmten Fleck gerichtet, liegt der Kranke da, auf Fragen erfolgt keine Antwort, auch auf intensive Reize keine Reaction; spontan geschehen einzelne Aeusserungen, zusammenhangslos, oft mit religiöser Färbung: „ich komme in den Himmel, mein lieber Heiland, oh, wie lieb' ich dich"; bei Berührungen steigert sich der Tonus, bei Versuchen, dem Kranken Nahrung beizubringen, werden die Zähne energisch aufeinandergebissen, vereinzelt bestehen auch unverkennbar Sinnestäuschungen, namentlich des Gesichts, Geruchs oder in der Tastsphäre. Dieser Zustand kann Stunden und länger anhalten, allmählich lässt der Tonus nach, die Muskeln erschlaffen, der Kranke geräth in tiefen Schlaf, aus dem er klar erwacht und meist einen partiellen Erinnerungsdefect aufweist, der sich auch auf einzelne Ereignisse vor dem Anfall erstrecken kann. Zwischen Stupor und Anfall kann sich ein kurzes raisonnirendes Stadium einschieben, in dem bei wesentlich geringerer Bewusstseinstrübung der Kranke dem Arzt Vorwürfe macht, auf die Umgebung schimpft, Vorgänge berichtet, die rein fabulirt sind, oder die in wesentlich anderer Art sich unmittelbar oder länger vor dem Anfall abgespielt haben.

Viel stürmischer verläuft dann jene Form der Geistesstörung, die direct dem grand mal intellectuel entsprechen würde. Sind in einzelnen Fällen ganze Serien von hysterischen Anfällen voraufgegangen, so ist andere Male das auslösende Moment lediglich ein besonders schwerer Insult, wie sie besonders oft nach langen freien Intervallen auftreten. Unmittelbar nach dem Anfall folgt ein kurzdauernder Stupor und erst an ihn schliesst sich eine transitorische Psychose, die durch Trübung des Sensoriums, massenhafte Sinnestäuschungen, Delirien, hochgradige allgemeine motorische Erregung oder durch krankhafte Einzelhandlungen sich kundgibt; den Schluss der Psychose bildet auch hier meist ein tiefer Schlafzustand, beim Erwachen besteht ein ausgedehnter Erinnerungsdefect. Wie bei den Trägern des epileptischen grand mal intellectuel, bietet auch bei der gleichen Form der Hysterischen schon das Aeussere der Kranken gewisse Eigenthümlichkeiten, die Gesichtszüge sind meist gespannt, starr bei blasser, oft leicht cyanotischer Hautfarbe des Gesichts, andere Male machen sich in den Muskeln, namentlich der Wangen und Lippen, leichtes Vibriren, vereinzelte Zuckungen, namentlich auch Schmatzbewegungen bemerkbar. Die Augen sind starr auf einen Punkt gerichtet, die Pupillen weit, die Extremitäten fühlen sich kühl an, der Puls ist klein und beschleunigt. Die Trägerinnen dieser Form von Geistesstörung werden meist frühzeitig in Anstaltspflege gelangen, bei einem Theil wird sogar dauernde Anstaltspflege sich als nöthig erweisen, besonders bei häufiger Wiederkehr derartiger Psychosen und Fortbestehen krankhafter Symptome auch während der Intervalle.

Auf gewisse Eigenthümlichkeiten bei diesem, wenn ich so sagen darf, hysterischen grand mal intellectuel möchte ich nicht unterlassen hinzuweisen. Zunächst sind die Delirien wie die Sinnestäuschungen oft religiösen Inhaltes, sie werden mit einem gewissen Pathos vorgetragen. Als weitere Eigenthümlichkeit der Psychosen sind aber die Schwankungen zu nennen, welche die Tiefe der Bewusstseinsstörung aufweist; an Stunden und Tagen, wo die Kranken völlig getrübten Sensoriums sind, schliessen sich andere, wo sie auf den Unerfahrenen fast den Eindruck der Lucidität machen, wo sie neben durchaus klaren Aeusserungen im Zusammenhange Beschuldigungen gegen die Umgebung vorbringen, sich in Drohungen, Verleumdungen ergehen, wo sie obscöne, cynische Bemerkungen machen. Wenn die Gewaltthätigkeit der Epileptiker während derartiger Psychosen wegen der rücksichtslosen Brutalität, mit der sie ausgeführt werden, mit Recht gefürchtet sind, habe ich mich oft nicht des Eindrucks erwehren können, dass bei Hysterischen ein gewisser Grad von Ueberlegung, ja von Raffinement sich geltend macht, der die Handlungen der Kranken als absichtlich erscheinen lassen kann, während sie doch zweifellos einem getrübten, krankhaft verändertem Bewusstseinsinhalt, einem Traumzustande ihren Ursprung verdanken. Sind es, wie nicht selten, strafbare Handlungen, die begangen werden, war während der Ausführung derselben die Bewusstseinstrübung geringer, so werden sie ganz oder theilweise in der Erinnerung der Kranken haften bleiben können; die Art und Weise, wie die letzteren sich dann zu exculpiren bemühen, die Gewandtheit, mit der sie den Verdacht der Thäterschaft auf andere zu lenken sich bemühen, wird die Umgebung und den Richter noch mehr in der irrthümlichen Annahme bestärken, dass es sich um wohl überlegte Delicte handle.

Ich habe an anderer Stelle schon darauf verwiesen, dass, namentlich bei jugendlichen Hysterischen, im Anschluss an leichtere Anfälle ein Krankheitsbild zur Beobachtung kommt, das am besten als Moria bezeichnet werden kann. Als wesentlichste Symptome desselben ergeben sich kindisch lustige Stimmung, albernes Wesen, die gelegentlich zu den thatsächlichen Verhältnissen in schroffstem Widerspruche stehen, (z. B. gelegentlich der Beerdigung des Vaters, sich bemerkbar machten), anhaltendes Schwatzen bei gezierter Redeweise, Verbigeration und Wiederholung desselben Wortes, daneben starke motorische Erregung, die in zwecklosem Herumlaufen, Grimassiren, blindem Zerstörungsdrang, aber auch in vereinzelten Handlungen sich kundgibt, die moralisch ganz besonders verwerfbar oder direct strafbar sind. Als wichtigstes Symptom kommt aber auch hier eine Bewusstseinsstörung in Betracht, die fast immer nur geringgradig ist, die den Kranken selbst bei der Verarbeitung sinnlicher Eindrücke der Aussenwelt wenig behindert, die aber bei Ablauf der Psychose den verlebten Zustand doch als traumartig erscheinen lässt, aus dem nur einzelne Vorkommnisse und diese nicht einmal präcis im Zusammenhang wiedergegeben werden können.

Sind die Ansichten der Autoren bezüglich der psychischen Aequivalente bei der Epilepsie noch in mancher Hinsicht different, so ist erst recht noch nicht die Frage genügend geklärt, ob auch bei der Hysterie transitorische Psychosen vorkommen, welche einen Ersatz der Anfälle darstellen. Auf Grund meiner eigenen Erfahrungen muss ich das Vorkommen derartiger Zustände bestätigen, immerhin scheinen sie mir recht selten zu sein; ich habe sie nur vereinzelt bei Patientinnen gesehen, die seit längerer Zeit an hyste-

rischen Anfällten litten, bei denen auch Psychosen nach den Anfällen wiederholt aufgetreten waren. Sie decken sich symptomatologisch durchaus mit den „Dämmerzuständen", die bei Hysterischen mit und ohne Anfälle auftreten können, und zwar mit Vorliebe um die Zeit der Menstruation herum. Das Erkennen dieser Zustände wird besonders schwer, wenn die Störung des Bewusstseins sehr geringfügig, wenn neben einer Reihe correcter Aeusserungen und Handlungen andere vorliegen, die dem normalen Bewusstseinsinhalt in keiner Weise entsprechen, die vielmehr auf dem Boden eines Traumzustandes entstanden sind; die dem Kranken selbst als fremdartig und unbegreiflich erscheinen, wenn er sich ihrer überhaupt erinnert. Diese Zustände, oft nur Stunden andauernd, können sich unvermittelt in die normale Geistesthätigkeit einschieben; andere Male gehen ihnen Prodromalsymptome voraus. Die begleitenden somatischen Symptome, Aenderung der Hautfarbe, des Gesichtsausdruckes sind so gering, dass sie der Beobachtung entgehen können, oder sie fehlen wohl ganz. Bemerken möchte ich, dass ich eine leichte Störung der Articulation während dieser Zustände wiederholt constatiren konnte.

Es ist in jüngster Zeit ja die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen vielfach discutirt und darauf verwiesen worden, dass der § 51 für eine Reihe von Fällen nicht anwendbar sei, während es doch andererseits nicht an Momenten fehle, welche die Handlungsweise der Kranken in milderem Lichte erscheinen lassen müssen.* Schon das Bestehen des hysterischen Temperamentes wird oft genug Zweifel an der vollen Zurechnungsfähigkeit berechtigt erscheinen lassen. Es wird Aufgabe des Sachverständigen sein, dem Richter eine Darstellung der bestehenden psychischen Veränderungen, für die meist schon das Vorleben der Angeklagten Beweise gibt, zu entwerfen und die Beziehungen klar zu legen, die zwischen ihnen und der incriminirten Handlung bestehen. Bei der wechselnden Stärke der psychischen Abnormitäten, die in derartigen Fällen zu berücksichtigen sind, kommen wir in der Praxis nicht ohne eine verminderte Zurechnungsfähigkeit aus. Ich kann auch auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen nur die Bereitwilligkeit anerkennen, mit der die Richter durch eine der Würdigung der psychischen Anomalien entsprechende Milderung der Strafe den Standpunkt bekundeten, dass eine stricte Trennung zwischen strafbarer und nicht strafbarer Handlung bei den Hysterischen, wie bei gleichwerthigen Zuständen, nicht durchführbar ist. Dass aber auch bei der Gestaltung des Strafvollzuges der Eigenart der Hysterischen Rechnung getragen werden sollte, wird sich vor allem, wenn auch nicht ausschliesslich, gerechtfertigt erweisen, wenn es sich um jugendliche Personen handelt. Besondere Schwierigkeiten werden sich bei der criminalrechtlichen Beurtheilung Hysterischer ergeben können, wenn es sich um jene bereits erörterten Zustände von leichter Bewusstseinstrübung handelt, die mit vereinzelten anderen krankhaften Symptomen sich abspielen, die erfahrungsgemäss auch ganz besonders oft zu strafbaren Handlungen die Anregung geben können.

Nach meinen Erfahrungen möchte ich rathen, gerade bei diesen Fällen mit der Annahme von ausschliesslicher Simulation, zu der manche

* *Fürstner*, Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. *Wollenberg*, Die forensische Beurtheilung der Krampfkranken, namentlich der Hysterischen. Neur. Centralblatt, XVIII. *Wollenberg*, Die Grenzen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit bei psychischen Krankheitszuständen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 56.

offenbaren Lügen der Angeschuldigten leicht verleiten können, vorsichtig zu sein, und nicht ausser Acht zu lassen, dass die Zahl der Abweichungen, welche gerade diese Krankheitsbilder zeigen können, eine ungemein grosse ist. Endlich möchte ich noch erwähnen, dass auch in den Anfangsstadien mancher Fälle von hysterischer Paranoia die Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit erschwert werden kann durch die Combination von Wahnvorstellungen, namentlich Beeinträchtigungsideen, mit Beschuldigungen näher oder ferner Stehender, die wider besseres Wissen erhoben werden, und solchen, bei deren Entstehung eine mehr oder weniger larvirte, krankhafte Fühlweise mit in Anrechnung gebracht werden muss. In civilrechtlicher Beziehung wird die Begutachtung Hysterischer gleichfalls Schwierigkeiten bereiten können, so vor allem bezüglich der Ehescheidung. Ich habe schon erwähnt, dass häufig genug Ehen geschlossen werden, lediglich in der Erwartung der Angehörigen eines Partners, dass dieselbe günstig auf die Neurose Hysterie wirken würde. In der Mehrzahl der Fälle erweist sich diese Erwartung als trügerisch, und bald genug treten die Störungen auf psychischem Gebiete in einer Weise auf, die das Zusammenleben geradezu unerträglich macht. Diese unerquickliche Situation wird dann weiter oft genug noch verschärft durch die Geschicklichkeit, mit der sich die Hysterischen der Aussenwelt gegenüber als die Verkannten, als die Betrogenen, als die Verletzten hinzustellen verstehen. Dazu kommen dann unsinnige Forderungen in materieller Beziehung, Unfähigkeit, ein Hauswesen in geordneter Weise zu führen, ständiges Kränkeln ohne ernstes Bemühen, den ärztlichen Verordnungen nachzukommen, weitgehendste Ansprüche an die Opferwilligkeit des Ehepartners, kurz eine Reihe von Momenten, welche die Ehe unglücklicher gestalten können, als es schwerere psychische Störungen thun. Trotzdem wird es oft nicht gelingen, den Richter für die Ueberzeugung zu gewinnen, dass die geistige Gemeinschaft bei derartigen Eheleuten für die Zukunft ausgeschlossen sei, und ebensowenig wird bei der Neigung der Hysterie, mit Exacerbationen und Remissionen zu verlaufen, der Nachweis zu erbringen sein, dass die Krankheit ununterbrochen 3 Jahre anhielt und die Merkmale der Unheilbarkeit erkennen lässt. In zahlreichen Fällen wäre die Entmündigung durchaus gerechtfertigt; auch diese wird erschwert durch das Auftreten von erheblichen Remissionen und gleich hindernd wird die Fähigkeit der Kranken wirken, sich dem Richter gegenüber zusammenzunehmen und Krankheitserscheinungen zu dissimuliren. An Einsetzung einer Pflegschaft wird aber erst recht nicht zu denken sein, da die Hysterische, schon um den Ehegatten zu ärgern, die Einwilligung dazu nicht geben wird. Auch die Testirfähigkeit so mancher Hysterischer wird nur schwer anfechtbar sein, trotzdem die getroffenen Bestimmungen unverkennbar einem krankhaften Empfinden und Vorstellen entsprungen sind.

Was nun die Prognose der hysterischen Seelenstörungen angeht, so wird dieselbe begreiflicherweise besonders ungünstig sein, wo die Neurose auf einer von Haus aus krankhaften Veranlagung erwuchs, wo sich die ersten Symptome schon im frühen Lebensalter zeigten, wo dementsprechend auch auf psychischem Gebiete um die Zeit der Pubertät herum oder gar noch früher Störungen hervortreten. Die Melancholien und die Paranoia, die bei derartigen Kranken entstehen, weisen von vornherein Schwankungen auf, die zu einem protrahirten, oft ungünstigen Verlaufe führen; aber selbst

Melancholien, die nur vereinzelte hysterische Züge aufweisen, pflegen sich prognostisch weniger erfreulich zu gestalten, als die typischen Melancholien. Die acuten Störungen, die in engem Connex mit den Anfällen stehen, werden ja in den meisten Fällen nur transitorische sein, immerhin wird aber die Gefahr bestehen, dass gewisse Residuen in das Intervall mit hinübergenommen werden, und andererseits wird die Frequenz derartiger postparoxysmaler Psychosen von wesentlichem Einflusse sein auf die Entwicklung und Aeusserungsweise des hysterischen Temperaments.

Die Behandlung dieser Gruppe von Geistesstörungen wird ja in vielen Richtungen die gleiche sein, wie die der Geistesstörungen überhaupt, nur tritt bei ihnen die Bedeutung eines Factors ganz besonders hervor, der freilich auch bei der Behandlung anderer Geisteskranker sich oft genug von Einfluss erweist, die Entfernung der Kranken aus schädlich wirkender Umgebung. Schon an anderer Stelle habe ich darauf verwiesen, wie überraschend günstig bei hysterischen Kindern die Trennung von der Familie wirkt, wie dieses Vorgehen oft allein — wenn auch nicht dauernd — Symptome zu beseitigen vermag, die in der Häuslichkeit allen möglichen Einwirkungen trotzten. Aber auch bei Kranken, die bereits im Spitale untergebracht sind, leistet in der Beseitigung oder Abschwächung einzelner Symptome Isolirung mehr, als die meisten anderen Mittel. Ebenso, wie oft genug die hysterischen Anfälle, die durch ihre grosse Frequenz, durch ihre stürmische Gestaltung die Angehörigen in gleichem Maasse ängstigten, mit einem Schlage cessiren, wenn der Kranke in die Anstalt aufgenommen und isolirt verpflegt wird, so treten auch manche psychische Symptome schnell zurück, wenn die mannigfachen Reize ausgeschlossen werden, die auf die leicht beeinflussbare Psyche stimulirend wirkten. Gerade bei hysterischen Kindern verführt aber dieser schnelle Erfolg die Angehörigen oft dazu, die Kranken zu frühzeitig in die Häuslichkeit zurückzunehmen, wodurch dann erneuerte Steigerungen des Krankheitszustandes hervorgerufen werden, deren nochmalige Beseitigung erheblich schwerer zu sein pflegt. Es kann nicht eindringlich genug davor gewarnt werden, durch eine vorzeitige Rückversetzung von Hysterischen in die frühere Umgebung, sei es dass die Symptome der Neurose, sei es dass die psychischen Störungen überwiegen, therapeutische Erfolge aufs Spiel zu setzen und eine wesentliche Erschwerung des Krankheitszustandes hervorzurufen.

Auf der anderen Seite ist aber bei Hysterischen, namentlich jungen Mädchen, nicht selten die Erfahrung zu machen, dass eine Gewöhnung an die bequemen Anstaltsverhältnisse, die der Kranken die ständige Hilfsbereitschaft des Arztes, aufmerksame Bedienung, Zerstreuung sichert, stattfindet, die gleichfalls von übler Wirkung ist, die vor allem bei jedem Versuch, die Rückkehr in die früheren Verhältnisse herbeizuführen, die Kranke mit erneuten Symptomen reagiren und die Chancen für die Andauer der erzielten Besserung von vornherein gering erscheinen lässt. So kann die richtige Bestimmung des Entlassungstermines oft eine recht schwierige Aufgabe für den Anstaltsleiter und die Angehörigen abgeben. Ebenso wird aber auch den übertriebenen Ansprüchen, welche Hysterische in der Anstalt nur zu geneigt sind, zu machen, entgegengetreten werden müssen, damit nicht bei Rückkehr in die Familie Conflicte unausbleiblich sind. Die Ausschaltung schädlicher familiärer Einflüsse wird aber auch in prophylaktischer Beziehung von grosser Bedeutung sein, vor allem in den

Fällen, wo durch überzärtliche, zu nachgiebige Erziehung, durch zu ängstliches Beachten des körperlichen Befindens, durch zu lebhafte Anregung der Phantasie seitens schwacher oder direct nervöser Eltern, die neben vereinzelten somatischen Symptomen im Bereich des Nervensystems sich kundgebenden frühesten Aeusserungen des hysterischen Temperaments in ihrer Fortentwicklung unliebsam begünstigt werden. Fortfall der genannten schädlichen Momente, Durchführung eines kräftigenden körperlichen und psychischen Regimes würde, verbunden mit zweckmässiger Behandlung nervöser Störungen, gewiss in so manchem Falle die Entwicklung einer Psychose hindern, für deren Beseitigung wenige Jahre später geringe Aussicht vorhanden ist. Dieses Ziel wird aber nur zu erreichen sein, wenn der Arzt und durch ihn die Laien immer mehr lernen, psychische Aeusserungen, die zweifellos krankhafter Natur sind, richtig zu bewerthen und dieselben nicht lediglich als Laune und Unarten zu betrachten. Dieser nur zu oft verhängnissvolle Irrthum wird aber wohl bei keinen psychischen Störungen so häufig begangen, wie bei den Hysterischen. Selbst zu Zeiten, wo die Krankheit schon deutlich ausgeprägt ist, wollen oft genug die Angehörigen noch nicht an sie glauben und sind ebensowenig geneigt, Schritte zu thun, die auf ihre Bekämpfung hinzielen. Bei Laien und bedauerlicherweise auch bei manchen Aerzten besteht heute noch die Meinung fort, dass die hysterischen Krankheitssymptome lediglich willkürlich producirte Erscheinungen seien; der Spott und die moralische Verurtheilung, mit denen man den Klagen der Hysterischen infolge dieses Irrthums begegnet, stellen sich von vornherein den therapeutischen Bestrebungen in hohem Grade hindernd in den Weg.

5. VORLESUNG.

Ueber die Behandlung der Geisteskranken.

Von

C. Pelman,

Bonn.

Meine Herren! Wenn ich es unternehme, Ihnen hier eine Vorlesung über die Behandlung der Geisteskranken zu halten, so trete ich an diese Aufgabe nicht ohne eine gewisse Befangenheit heran. Ich weiss, dass Ihre klinischen Lehrer Sie bei jeder Gelegenheit darauf hingewiesen haben, dass wir keine Krankheiten, sondern Kranke zu behandeln haben, und dass es die Vertiefung der Behandlung an dem einzelnen Individuum, die jeweilige Anpassung an die betreffende Individualität sei, welche die Wissenschaft der Therapie zur Kunst erhebt. Die Heilkunde aber ist eine Kunst, und unsere grossen Lehrer waren zu gleicher Zeit grosse Künstler, und Sie werden nur dann Erfolge im Leben zu verzeichnen haben, wenn Sie ihnen auf diesem Wege folgen und die Wissenschaft zur Kunst entwickeln.

Wenn Ihnen aber die Nothwendigkeit des Individualisirens überall entgegentritt, so ist dies bei den Geisteskranken ganz besonders der Fall. Die Geistesstörung ist eine Krankheit des Individuums in seiner Totalität, und ebensowenig wie sich das äussere Spiegelbild der Seele, die Gesichtszüge, bei zwei Personen absolut gleich gestaltet, so wenig wird dies bei zwei Psychosen der Fall sein. Eine jede trägt ihr eigenes Gepräge, ein jeder Geisteskranke verlangt seine eigene Behandlung, und wie sich für die Kunst keine allgemeinen Regeln entwickeln lassen, so kann dies auch nicht für die Behandlung geschehen, und weil wir dies nicht können, darum meine vorhin erwähnte Befangenheit.

Hierzu tritt die weitere Erwägung, dass die Geisteskrankheit an sich an der physiologischen Reaction des Individuums gegen therapeutische Eingriffe wohl kaum etwas ändert, und der Geisteskranke folglich nicht aus dem Grunde eine andere medicamentöse Behandlung erfordert, als der Geistesgesunde, weil er eben geisteskrank ist. So selbstverständlich Ihnen dies erscheinen mag, so ist es doch nicht immer der Fall gewesen, und es bedarf keineswegs des Zurückgreifens auf längst vergangene Zeiten, um hierfür die Belege beizubringen.

Die Systeme der Therapie sind von einer ganz besonderen Raschlebigkeit, und es ist recht schade, dass Ihre Zeit Ihnen nicht gestattet, etwas eingehendere Studien nach dieser Richtung zu machen. Sie würden nicht am wenigsten darüber erstaunt sein, eine wie kurze Spanne Zeit Sie von Ansichten und Curmethoden trennt, von denen Sie keine Ahnung mehr haben. Dies gilt vor allem von der Behandlung der Geisteskranken, und ich glaube den Grund hierfür darin suchen zu sollen, dass in ihrer Behandlung jeder Irrenarzt eigentlich sein eigener Lehrmeister war.

Psychiatrische Kliniken gibt es erst seit verhältnissmässig kurzer Zeit, und was man bis dahin auf der Universität von Psychosen sah und lernte, war so gut wie nichts. Der Geisteskranke lief umher oder er kam in die Irrenanstalt, um dort, in möglichster Isolirung von der Welt und ihrem Getriebe, bis zu seiner Genesung oder seinem Tode zu bleiben.

Wenn hier, in der einseitigsten Beschäftigung mit den Geisteskranken, und bei der Abgeschiedenheit der örtlichen Lage unter vielem Guten auch manches Sonderbare in die Erscheinung trat, so kann uns dies nicht weiter wundern, und damals wenigstens wäre es mir leichter geworden, Ihnen von einer Behandlung der Geisteskranken zu reden, als dies jetzt der Fall ist.

Der Arzt des 18. Jahrhunderts war Psycholog und Philosoph und er stützte sein Heilverfahren auf den ganzen Menschen, nicht auf innerhalb desselben nachweisbare pathologisch-anatomische Veränderungen. Der technischen Hilfsmittel gab es nur wenige, und was ihm daran abging, suchte er durch verschärfte Beobachtung und liebevolles Umfassen der ganzen Persönlichkeit zu ersetzen. Auf diese Weise konnte ihn seine philosophische Bildung verleiten, in den Entäusserungen der Krankheit psychische Eigenthümlichkeiten des Kranken zu sehen, Unarten, denen man auf dem einen oder dem anderen Wege entgegen treten könne, und wenn wir diesem Bestreben die Ausbildung der psychischen Therapie zu verdanken haben, wo die Individualität zur vollen Geltung kommen und die Wissenschaft sich zur höchsten Kunst entfalten konnte, so sehen wir doch auf der anderen Seite manches Sonderbare mit unterlaufen. Selbst ein *Pinel*, mit dessen Namen die Befreiung der Kranken von den bis dahin üblichen Ketten auf immer verbunden ist, konnte den Rath geben, die Seele der Kranken durch die moralischen Grundsätze der alten Philosophen zu stärken, und er war der Ansicht, dass die Schriften *Platon's, Plutarch's, Seneca's*, die Tuskulanen *Cicero's* und anderes der Art sich von mehr Einfluss erweisen würden, als etwa Tonica und Antispasmodica.

Gewiss hat nicht jeder der alten Irrenärzte in dem Kranken einen Sünder gesehen, der Strafe verdiene, aber dass er sein verkehrtes Benehmen und seine krankhaften Ideen bessern könne, wenn er nur ernstlich wolle, von dieser Vorstellung war man doch mehr oder weniger beherrscht, und von ihr liess man sich in der Behandlung leiten. Strafe und Zwang bildeten lange Zeit einen wesentlichen Theil der Behandlung, und der galt als der beste Irrenarzt, der dem Treiben seiner Kranken mit den vollkommensten Zwangsmitteln entgegentrat.

Dank dem Einflusse einsichtsvoller Männer liegen jene Zeiten hinter uns. Aber gerade weil Sie keine Gelegenheit mehr haben, die persönliche Bekanntschaft jener Zwangsmittel zu machen, wird sich ein kurzes Verweilen bei ihnen rechtfertigen lassen. Man erblickte, wie schon bemerkt, in der Unruhe und Verkehrtheit des Kranken psychische Vorgänge, die

er unter Umständen und bei einigermaassen gutem Willen auch lassen konnte. Aufgabe des Arztes war es deshalb, diesen Entäusserungen entgegen zu treten und dem Kranken begreiflich zu machen, dass er dies oder jenes zu unterlassen habe. Das einfachste Mittel hierfür war, wenn man ihn an der Ausübung seines Thatendranges hinderte, und das erreichte man am besten durch die Zwangsjacke, deren Anwendung auch heute noch unter Umständen gerechtfertigt ist. Der Unterschied von damals und heute liegt nur darin, dass sie damals direct als therapeutisches Mittel in Anwendung kam, dass sie ein Kampfmittel war, dem unabweislich andere und schwerere folgen mussten. Der Zwang forderte selbstverständlich den Widerstand heraus, der Widerstand musste durch neue Erfindungen gebrochen werden, und so kam man immer weiter auf der abschüssigen Bahn, der Zwangsjacke folgte der Zwangsstuhl auf dem Fusse, der Kranke wurde am Tage an die Wand, in der Nacht an das Bett gefesselt, und wenn er seinem Thätigkeitsdrange Luft machen wollte, verblieb ihm nur der Mund, den man ihm nicht verbieten konnte, und von dem er den ausgiebigsten Gebrauch machte.

Was ist nicht alles erdacht und erfunden worden, um die einzelnen Krankheitssymptome wirksam zu bekämpfen! Wenn auch die phantastischen Vorschläge *Reil's* nicht zur Ausführung kamen, die er allen Ernstes in seinen Rapsodien gemacht hatte, und worin er die traurigen Kranken durch Musik und Tanz erfreuen, die übermüthigen durch Kettengerassel u. dergl. einschüchtern und die unbeweglichen durch plötzlich hervorstürzende Löwen zur Flucht anregen wollte, so hat es doch an Versuchen ähnlicher Art nicht gefehlt. Der Director der Charité, *Horn,* theilt uns in seinem Rechenschaftsbericht (Berlin 1818) Abbildungen derartiger Maschinen mit, die damals zum Instrumentarium einer modernen Anstalt gehörten, und in denen stets dieselbe Idee zum Ausdruck kommt. Man steckte stuporöse oder, wie wir jetzt sagen würden, katatonische Kranke in grosse Treträder und zwang sie zu Bewegung, indem man jene in Umdrehung versetzte, oder man liess Tobsüchtige in demselben Tretrade bis zur Erschöpfung laufen, schnallte sie auf rasch rotirende Balken, bis sie im vollsten Schwindelgefühle alle Viere von sich streckten, und man war stolz auf jede neue Erfindung, in der man eine Bereicherung des Arzneischatzes erblickte.

Die medicamentöse Behandlung entsprach der mechanischen. Eine Hauptrolle spielte der Brechweinstein, der auf den äusserlichen wie inneren Menschen angewendet wurde. Es war die Zeit der ableitenden Methode, und Haarseile, Blasenpflaster, Einreibung mit Tart. stib. auf Bauch und Kopf waren an der Tagesordnung.

Dass man den vorhin erwähnten stuporösen Kranken unter anderem die Krätze einimpfte, um sie durch das Jucken zu einer motorischen Bethätigung, dem Kratzen, zu zwingen, war noch verhältnissmässig harmlos, bei anderen dieser Heilmethoden spielte das Moment des Schmerzes eine ganz andere Rolle.

Vom Zwang zur Strafe war nur ein Schritt, und wenn man sie auch hier und da verschämt in die Hülle einer therapeutischen Maassregel einzukleiden versuchte, so ist der Douche, dem Spritzbade und ähnlichen Vorrichtungen doch bis heute das Odium eines Strafmittels verblieben.

Gleich im ersten Bande der Annal. médico-psych., des Organes der französischen Irrenärzte, finden Sie den Aufsatz eines damals viel genannten Irrenaztes *Macario*, worin er diese Art der Heilmethode als die beste empfiehlt. Er heilte seine Kranken meist unter der Douche, indem er ihnen ihr Sündenregister vorhielt und so lange kaltes Wasser über sie laufen liess, wie sie noch ein Wort von ihren Wahnideen für wahr hielten.

Vielleicht dürfte es sich empfehlen, hier ein Wort über das Bestrafen von Kranken in Anstalten zu sagen. Unsere Wirksamkeit ist in erster Linie eine erziehliche, und die Entscheidung, ob Erziehung ganz ohne Strafmittel durchführbar sei, liegt nicht in unserer Hand. Es kommt nur darauf an, was Sie unter Strafmittel verstehen. Wenn ein Kranker die Erlaubniss zum freien Ausgange missbraucht, so werde ich sie ihm entziehen, benimmt er sich bei einer geselligen Vereinigung schlecht, so wird er an die Luft befördert und das zweite Mal ausgeschlossen, und hat er sonst eine Vergünstigung, so kann diese bei schlechter Führung aufgehoben werden. Damit sind unsere Mittel so ziemlich erschöpft, und darüber hinaus wird man jetzt nicht gehen. Wenn Sie dies Strafe nennen wollen, dann strafen wir auch heute noch, ich wüsste aber wirklich nicht, wie man es anders machen sollte.

Damals aber war es anders. Selbst ein so human denkender Mann wie der alte *Ideler*, glaubte seinen Kranken die Wahnidee vermittels der Douche austreiben zu können, und andauernde Unreinlichkeit trug dem Sünder unweigerlich in steigender Folge Douche, Spritzbad und endlich wohl auch Prügel ein. Nun, diese Zeiten liegen glücklich hinter uns, und wenn auch jeder für sich den Anspruch erheben wird, das Richtige zu thun oder wenigstens zu beabsichtigen, so glaube ich doch, und zwar mit Recht behaupten zu dürfen, dass wir auf einem anderen, und zwar auf einem besseren Boden stehen.

Wir fassen die Seelenstörungen auf als das geistige Geschehen unter veränderten körperlichen Bedingungen, und die Geisteskrankheit ist uns nichts anderes, als ein Symptom einer allgemeinen körperlichen Erkrankung. Damit ergibt sich für unser Handeln die Folgerung, dass bei den Geisteskranken keine anderen Grundsätze zur Geltung kommen, als wir sie bei den körperlichen Erkrankungen gelernt haben, keine andere Wirksamkeit der Medicamente, und was wir dort als erfolgreich erkannt haben, wird uns auch hier nicht im Stiche lassen.

Es ist Ihnen von allen Seiten immer wieder und wieder zur Pflicht gemacht, und Sie sind belehrt worden, dass es Ihre erste Sorge sein müsse, jedes erkrankte Organ vor weiteren Schädlichkeiten zu bewahren und wenn irgend möglich zur Ruhe zu bringen.

Das Organ des Geistes ist das Gehirn, und daher die Forderung der Ruhe für das Gehirn. Bei der Besprechung der Aetiologie haben Sie ferner gehört, dass es ausser angeborener Anlage die äusseren Verhältnisse seien, die zum Ausbruche einer Geistesstörung führen und meist die nächste Veranlassung abgeben, und je geringer unser Einfluss auf die angeborene Anlage ist, umsomehr Aufmerksamkeit werden wir jenen äusseren Verhältnissen zu schenken haben. Hier wie überall gilt als erster Grundsatz für unser therapeutisches Handeln das primum non nocere, und da wir uns nur selten in der Lage befinden werden, an jenen äusseren Verhält-

nissen etwas zu ändern, so bleibt uns nicht anderes übrig, als den Kranken ihrem Einflusse zu entziehen und ihn in eine weniger schadenbringende Umgebung zu bringen.

Und damit wären wir bei der Hauptfrage angelangt, die Sie sich in einem jeden Falle vorzulegen haben, so wie Sie zur Behandlung eines Geisteskranken herangezogen werden: Kann dieser Kranke ohne Nachtheil für sich und seine Umgebung zu Hause verbleiben, oder muss er einer Anstalt übergeben werden?

In weitaus den meisten Fällen wird Sie der Kranke dieser Entscheidung überheben, er wird das entscheidende Wort selber sprechen und seine Umgebung durch sein Verhalten zwingen, ihn so bald als möglich von Hause fort zu thun. Die Psychosen entwickeln sich vielfach unter mehr oder weniger stürmischen Erscheinungen, und unsere häuslichen Verhältnisse sind nicht dazu angethan, lärmende Kranke auf die Dauer im Hause zu behalten. Dies gilt durchweg für die Städte und ihre Miethswohnungen, aber auch auf dem Lande wird sich diese Nothwendigkeit oft genug geltend machen. Hierzu gesellt sich als ein weiterer Grund der Entfernung die Erwägung, dass es gerade die häuslichen Verhältnisse sind, die den Ausbruch der Erkrankung veranlasst haben, die als stets neue Reize wirken und den Kranken hindern, zur Ruhe zu kommen. Des weiteren endlich hat uns die Erfahrung gelehrt, dass die Heilbarkeit der Psychosen in einem geraden Verhältnisse zur Schnelligkeit steht, womit der Kranke einer Anstalt übergeben wird, und dass die baldige Ueberführung somit im Interesse des Kranken gelegen ist.

Bei alledem möchte ich indes nicht so weit gehen, Ihnen nun in jedem Falle die Ueberführung des Kranken in eine Irrenanstalt zur Pflicht zu machen. Bei allen schönen Reden sind wir heute noch nicht soweit, um die Irrenanstalt in der Meinung der grossen Menge dem gewöhnlichen Krankenhause einfach gleichzustellen.

Vorurtheile sind nun einmal schwer zu beseitigen, und noch wirkt die Vorstellung von jenen Anstalten, wie ich Sie Ihnen vorhin geschildert, in der Erinnerung unserer Zeitgenossen störend nach. Sie werden es sich daher wohl zu überlegen haben, bevor Sie die Ueberführung in eine Anstalt zum Vorschlage bringen und mit Ihrer ärztlichen Autorität decken. Manche Psychosen gehen rasch vorüber, andere verlaufen ohne besondere Erregungen und werden der häuslichen Pflege keine Schwierigkeiten entgegenstellen, und wenn demnach die häuslichen Verhältnisse danach angethan sind, können diese Kranken ohne jeden Nachtheil zu Hause verbleiben. Bei anderen dagegen werden sich grosse Bedenken erheben, und Sie würden jede Verantwortung für ein längeres Verweilen zu Hause abzulehnen haben. Es gilt dies zumal für alle Fälle, wo in dem Zustande des Kranken eine Gefahr für ihn und seine Umgebung gelegen ist.

Selbst bei einer ununterbrochenen Aufsicht, wie sie in einer geordneten Irrenanstalt die Regel bildet, vergeht selten eine Woche, wo nicht ein Kranker in plötzlich auflodernder Erregung auf seine Umgebung losstürzt, sie bedroht und wohl auch misshandelt. Es sind das Kranke mit plötzlich auftretenden Sinnestäuschungen, sei es, dass sie eine Stimme vernehmen, die ihnen befiehlt, auf diesen oder jenen loszugehen, oder dass sie sich von ihrer Umgebung beschimpft glauben. Etwas ähnliches werden Sie in allen Fällen von Delirien zu befürchten haben, d. h. in Zuständen,

die mit Bewusstseinsstörungen und zahlreichen Sinnestäuschungen einhergehen, welche meist von einem Gefühle der Angst begleitet sind. Der Kranke sieht, wie er von seiner Umgebung bedroht wird, wie sie sich anschickt, auf ihn loszuschlagen, und er sucht nach den Regeln der Strategie diesem Angriffe durch einen Angriff von seiner Seite zuvorzukommen. Tritt hierzu noch die aussergewöhnliche Reizbarkeit, wie sie den Epileptikern zu eigen ist, dann haben Sie es mit den gefährlichsten Kranken zu thun, die es überhaupt gibt, und es wäre vermessen, wenn sie derartige Kranke zu Hause verpflegen wollten. Damit ist die Liste der anstaltsbedürftigen Kranken noch nicht erschöpft. In ähnlicher Weise gefährlich oder zum mindesten doch bedenklich erweisen sich die Alkoholiker und die Kranken mit Beeinträchtigungsideen, zumal dann, wenn diese noch von lebhaften Affecten begleitet sind, oder wenn der Kranke eine bestimmte Person als den Urheber seiner Verfolgung bezeichnet. Dass ein Paralytiker im Stadium der Erregung nicht zu Hause bleiben kann, brauche ich Ihnen bei Ihrer Kenntniss von dem Wesen dieser Kranken nicht erst zu sagen. Der Unruhe, Rücksichtslosigkeit und zumal der Kauflust solcher Kranken würde unter Umständen das grösste Vermögen nicht standhalten, anderer strafbarer Handlungen nicht zu gedenken.

Aber nicht nur die erregten Kranken bedürfen der Anstaltspflege, auch jeder Melancholiker kann unter Umständen seine Entfernung vom Hause nothwendig machen. Bei der Beurtheilung der Melancholie werden Sie daran denken müssen, dass hinter jeder Melancholie die Gefahr des Selbstmordes verborgen ist und Sie keinem Melancholiker trauen dürfen. Diese Mahnung gilt besonders dann, wenn das Gefühl der Angst in den Vordergrund tritt und Zustände der Erregung die schmerzliche Verstimmung durchbrechen. Es ist mir jedesmal im höchsten Grade unangenehm, wenn ich einen melancholischen Kranken davon reden höre, dass er das Leben nicht mehr ertragen könne und sich den Tod wünsche. Vielleicht ist es ihm damit nicht einmal so ernst, und die Angehörigen sind stets mit der Entschuldigung bei der Hand, dass er oder sie gar nicht den Muth habe, sich etwas zu thun. Und trotzdem werden Sie eines frühen Morgens mit der Nachricht überrascht, dass sich Ihr Kranker das Leben genommen habe. Die anfängliche Redensart setzt sich im Kopfe fest, sie verbindet sich mit anderen Gedanken, sie tritt im Augenblick der Erregung als fertiger Entschluss in den Vordergrund und wird zum Ausgangspunkte der That, noch bevor eine entgegenstehende Erwägung in Kraft treten kann. Darin erblicke ich die Gefahr des Redens vom Selbstmord, und ich rathe Ihnen dringend, derartige Reden nicht leichten Sinnes zu überhören, sondern als eine Warnung aufzufassen, die Sie zum raschen Einschreiten zwingt. Noch nach einer anderen Seite können die Melancholiker Sie zur Anstaltsbehandlung zwingen, wenn sie nämlich die Nahrung verweigern, da Sie eine Zwangsfütterung in Privatverhältnissen auf die Dauer nur schwer durchführen können.

Aus alledem werden Sie entnehmen, dass es verhältnissmässig nur wenige Kranke sind, die sich für die häusliche Behandlung eignen, und dass Sie sich in weitaus den meisten Fällen für die Anstaltsbehandlung zu entscheiden haben.

Welche Anstalt sollen Sie nun in Vorschlag bringen, d. h. sollen Sie sich für eine öffentliche oder für eine Privatanstalt aussprechen?

Was ich vorher von den Vorurtheilen gesagt habe, tritt uns hier aufs neue entgegen, und Sie werden vielfach bei den Angehörigen einem Misstrauen gegen die privaten Anstalten begegnen, wofür bei unseren deutschen Anstalten wenigstens keine Spur der Berechtigung vorliegt. Dagegen bieten sie den wohlhabenden Classen manche Vortheile, die sie in den grossen öffentlichen Anstalten nicht oder doch nicht in diesem Maasse finden werden.

Ich halte die Wahl hauptsächlich für eine Frage, die sich nach der Grösse des Geldbeutels entscheidet, und ich würde für höhere Ansprüche unbedenklich eine Privatanstalt empfehlen.

Und wenn Sie alles dies durchberathen und entschieden haben, dann tritt die weitere Frage an Sie heran: Wie bekommen wir den Kranken dort hin, wie richten wir den Transport am besten, am unauffälligsten ein?

Meine Herren! Lügen ist unter allen Umständen keine lobenswerthe Handlung, und darum sollte man dem Kranken mit der vollsten Offenheit entgegentreten, und dies umsomehr, als man durchweg damit am weitesten kommt. Der Fehler, den Sie bei dem Vortäuschen eines falschen Vorwandes begehen, ist der, dass Sie den Kranken über- oder unterschätzen. Nun gebe ich zu, dass es nicht leicht ist, jemanden, den man bisher nur als verständigen Menschen gekannt hat und den man gewohnt war, vorher um seine Ansicht, um seinen Willen zu befragen, plötzlich als einen willenlosen Kranken zu betrachten, über dessen Wohl und Wehe ohne weiteres verfügt wird. In der Wirklichkeit aber kommen Sie damit am besten zu Recht, und Sie werden sich wundern, wie leicht die so gefürchtete Ueberführung meist von Statten geht. Sehr oft hat der Kranke eine, wenn auch vielleicht nur dunkle Einsicht in seinen Zustand, er hat zum wenigsten die Empfindung, dass er von anderen für geisteskrank gehalten wird. Die Idee der Anstalt liegt ihm daher nicht so fern, er hat sie in den Bereich der Möglichkeit gezogen und bei sich erwogen, und er wird ihr keinen Widerstand entgegensetzen, wenn Sie ihm mit Entschiedenheit entgegentreten und auf seine Entfernung von Hause bestehen.

Andere Kranke, wie die Melancholiker, sind einfach willenlos und nicht imstande, einen Entschluss zu fassen. Sie erst lange zu fragen, heisst sie nutzlos quälen, und dem fest ausgesprochenen Willen gegenüber folgen sie, wenn auch unter Thränen. Und erst die Paralytiker! Bei ihnen langt es überhaupt nicht mehr zu einer Gegenvorstellung. Sie besteigen den Wagen, ohne zu fragen, wohin er sie bringen wird, und sie begrüssen den neuen Aufenthaltsort mit derselben Freude, womit sie den alten verliessen.

Unter allen Umständen also kommen Sie mit der Wahrheit am weitesten, und der Kranke wird Ihnen, wenn er genesen zurückkehrt, eine douce pression gerne verzeihen, während er es Ihnen nie vergessen wird, wenn Sie ihn durch List und Nothlüge in die Anstalt gelockt haben.

Und da wir nun einmal beim Lügen sind, möchte ich Ihnen an dieser Stelle wiederholt ans Herz legen, in Ihrem Verkehre mit Geisteskranken sich nie und unter keinen Umständen einer Unwahrheit, einer sogenannten Nothlüge zu bedienen. Bedenken Sie, dass Ihre Worte für den Kranken ein Ereigniss bilden, das fest in seinem Gedächtnisse haftet, und dass dieses Gedächtniss bei manchen Formen von Seelenstörungen gesteigert ist. Worte, die Sie längst vergessen, werden Ihnen lange nachher von dem

Kranken mit Tag und Datum vorgehalten, und wehe Ihnen, wenn er Sie auf einem Widerspruche, auf einer Unwahrheit ertappt. Mit der Rücksichtslosigkeit des Kranken wird er Ihnen Ihre Sünde bei jeder Gelegenheit vorhalten, und Ihre Autorität und damit die Möglichkeit, ihn mit Erfolg zu behandeln, ist rettungslos dahin.

Sicherlich wäre es nicht verständig, wollten Sie seinen Ideen schroff entgegentreten und sie kurzer Hand als Verrücktheit bezeichnen. Sie würden dadurch nur reizen, ohne eine Spur zur Besserung beizutragen. Die Wahnvorstellungen bilden einen integrirenden Theil der Ueberzeugung und sie sind als solche keiner Widerlegung fähig. Der Kranke weiss, dass er Recht hat und dieses Wissen werden Sie durch keine Logik, durch kein Raisonnement erschüttern. Wohl aber würden Sie den Kranken dadurch nöthigen, die bisher vielleicht unklaren Vorstellungen zu festeren Gebilden zusammenzufügen und seine Wahnideen auszuarbeiten, und Sie würden gerade das Gegentheil davon erreichen, was Sie zu bezwecken beabsichtigten. Selbstverständlich wäre es noch verkehrter, wollten Sie ihm Recht geben und ihn in diesen Ideen bestärken, aber zwischen beiden gibt es doch einen Ausweg, den zu betreten ich Ihnen anrathe. Sagen Sie dem Kranken, der Sie mit seinen Wahnideen unterhält, ruhig und freundlich, dass Sie darüber anderer Ansicht seien. Sie hielten seine Ideen für verkehrt und ihn für krank und deshalb wäre es besser, wenn Sie überhaupt nicht darüber redeten und jedem seine Meinung liessen. Dieselbe Offenheit wird Sie stets am weitesten führen.

Wenn ich den Brief eines Kranken nicht an seine Adresse befördere, so werde ich es ihm stets unter Angabe der Gründe sagen, selbst auf die Gefahr hin, dass eine momentane Erregung die Folge wäre. Behandelt uns doch auch das Leben nicht anders, und wir müssen uns daran gewöhnen, die Unannehmlichkeiten zu ertragen, die uns nun einmal nicht erspart bleiben können.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zu der Anstalt zurück, der Sie Ihren Kranken anvertraut haben. Denn wenn Ihre Fürsorge damit auch vorläufig ihren Abschluss erhalten hat, so muss es für Sie doch von Interesse sein, über die Anstalten und ihre Einrichtungen etwas Näheres zu erfahren, und dies umsomehr, als sie im Laufe der letzten Jahrzehnte eine bedeutende Umwandlung durchgemacht haben, und zwar nicht nur in ihrer baulichen Anordnung, sondern mehr noch ihrem ganzen inneren Wesen nach.

Der Anstoss hierzu war gegeben, als der Kampf mit den vorher erwähnten Zwangsmitteln entbrannte und mit ihrer gänzlichen Abschaffung endigte. Das no restraint, wie man die zwanglose Behandlung nach englischem Vorbilde benannte, war nicht eine blosse Art der Behandlung, es war mehr, ein System, und es drängte seiner ganzen Natur nach zu immer freieren Formen der Behandlungsweise. Die bis dahin geschlossene Anstalt von vielfach monumentalem Bau, langen Corridoren, mit Hallen und Sälen, löste sich in eine Reihe einzelner Pavillons auf, die sich über immer grössere Flächen vertheilten, so dass eine moderne Anstalt aus 30 und mehr getrennten Gebäuden besteht, die unter einander in keiner directen Verbindung stehen. Die moderne Anstalt ist demnach ein ganz anderes Gebilde, als ihre meist verflossenen Vorgänger waren, sie ist ein weit vollkommeneres Instrument, als es jene je gewesen sind, und doch würde

man ihnen ein bitteres Unrecht zufügen, wollte man ihre Thätigkeit deshalb geringer anschlagen.

Als man zu Beginn des vorigen Jahrhunderts zu der Erkenntniss kam, dass die Irren im Grunde Kranke und wie solche zu behandeln seien, während man sie bis dahin einfach eingesperrt hatte oder herumlaufen liess, und als man dementsprechend zur Einrichtung besonderer Irrenanstalten überging, da waren es hauptsächlich freistehende Klöster und dergleichen Gebäude, die man mit möglichst geringen Mitteln dem neuen Zwecke anzupassen suchte.

Eine derartige, in den Räumen einer früheren Abtei eingerichtete Anstalt war Siegburg bei Bonn, und baulich liess sich eigentlich nichts Mangelhafteres denken, als es das alte Siegburg war. Auf dem beschränkten Plateau eines vulkanischen Hügels eingeengt, in- und übereinander geschachtelt, mit seinen langen dunklen Corridoren und den engen Höfen, sprach es jeder modernen Forderung einfach Hohn, und wenn es trotzdem auf eine ruhmvolle Vergangenheit zurückblicken kann, wie kaum eine andere Anstalt, dann ergeht daraus, dass die bauliche Vollkommenheit des Instrumentes nicht allein seine Güte bedingt. Wie ich Ihnen schon hervorgehoben habe, waren die alten Psychiater vornehmlich Philosophen. Sie horchten weniger auf die Veränderungen des Körpers, als dass sie den Eigenheiten der Psyche mit eingehendem Verständnisse nachforschten, und was die individuelle Behandlung anbetrifft, die liebevolle Vertiefung in die Erkrankung und ihre Ursachen, da waren sie von je unsere Lehrer und Meister.

Es lag im Beginne der Irrenfürsorge nahe, dass man sich zunächst nur der voraussichtlich heilbaren Kranken annahm. Die ersten Anstalten waren reine Heilanstalten, und die unheilbaren Fälle wurden Pflegeanstalten überwiesen und dort unter weit einfacheren Verhältnissen verpflegt. Nach und nach gab man diese Trennung als unzweckmässig auf, und die neueren Anstalten werden durchwegs als Heil- und Pflegeanstalten errichtet. Auch über den Umbau vorhandener Gebäulichkeiten ist man zur Tagesordnung übergegangen.

Die Anforderungen der Neuzeit sind ganz andere geworden, und wo früher die ganze Rheinprovinz mit dem einen und kleinen Siegburg auskam, genügen heute kaum 6 Anstalten mit einer mehr als 15mal höheren Belegungsziffer.

Ich will dahin gestellt sein lassen, ob heute mehr Menschen geisteskrank werden, wie vor 15 Jahren, obwohl ich dieser Ansicht bin. Von anderer Seite sträubt man sich gegen diese Annahme, deren statistisch unbestreitbarer Beweis allerdings noch aussteht. Was sich aber nicht bestreiten lässt, ist die bedeutend höhere Aufnahmebedürftigkeit.

Unser modernes Leben kann keine extrasocialen Elemente unter sich dulden, für sie ist kein Platz mehr, und wer in der Gesellschaft nicht mitmachen kann, muss sie verlassen. Nehmen Sie hierzu die sociale Gesetzgebung, die Verpflichtung der Krankenkassen zur Behandlung ihrer Mitglieder, der Drang nach den grossen Städten und so vieles andere, dann werden Sie es begreiflich finden, wie man einen Geisteskranken kaum noch ausserhalb der Anstalt verpflegen kann. Damit wuchs im gleichen Maasse die Nothwendigkeit einer Vergrösserung, und Anstalten wie Siegburg mit seinen 200 Kranken wird man nicht mehr bauen. Mag man noch so viel gegen eine Ausdehnung auf 1000 und mehr einzuwenden

haben, die finanzielle Erwägung drängt dazu, und damit zu jenen ausgedehnten und eine weite Fläche bedeckenden Anstalten.

Ein Betrieb dieser Anstalten ist ohne eine ausreichende Zahl von Pfleglingen, d. h. von ungeheilten Kranken, nicht denkbar und die Nothwendigkeit, diese Pfleglinge zu behalten und ausgiebig zu beschäftigen, führte weiterhin zu allerhand Einrichtungen, wie sie jetzt das Wesen einer modernen Anstalt ausmachen.

Von jeher hatte man in der Arbeit ein Hauptheilmittel gefunden und so wie man zu einigermaassen sachgemässeren Anschauungen durchdrang, hatte man die Anstalten aus den Städten heraus und in mehr ländliche Verhältnisse verlegt, wo die Beschaffung eines grösseren Terrains und damit die Möglichkeit der ländlichen Arbeit zu erreichen war.

Für den chronisch Geisteskranken gibt es nichts Vernichtenderes, als den Müssiggang, nichts, was ihm den Rest seiner Vernunft besser erhält, als die Arbeit, und unter allen Arten von Arbeit wieder am ersten die Arbeit im Freien, im Feld und Garten.

Sie werden daher keine moderne Anstalt finden ohne Ackerwirthschaft, ohne weite Felder, auf denen nach allen Regeln der Landwirthschaft gebaut, gepflügt und geerntet wird.

Es war daher nur ein weiterer Schritt in der Entwicklung der Anstalten, wenn man wirkliche Ackerbaucolonien errichtete, wo die landwirthschaftliche Bearbeitung als Hauptzweck galt und die Behandlung der Kranken gewissermaassen in ihr aufging. Anfangs verband man diese Colonien mit bestehenden Anstalten, bis man mit Alt-Scherbitz den ersten Versuch machte, den Spiess sozusagen umzudrehen und die Colonie in den Vordergrund zu stellen.

Dass dieser Versuch gelungen ist, muss ohne weiteres zugegeben werden und ebenso, dass es nicht ganz dasselbe ist, ob ich die Colonie als einen Adnex der geschlossenen Anstalt, oder umgekehrt die Anstalt als eine Ergänzung der Colonie ansehe. In dem ersten Falle geschieht die Auslese unter den Kranken der Anstalt, und die zur Entscheidung kommende Frage ist die, wer eignet sich von diesen für die Colonie, während in letzterem umgekehrt aus den Kranken der Colonie eine Auswahl von solchen getroffen wird, die für die Colonie nicht verwendbar und daher der Anstalt zu überweisen sind. Dass die Zahl der Colonisten in diesem letzteren Falle eine bedeutend grössere und der Charakter der ganzen Anstalt ein anderer sein wird, liegt auf der Hand, und ebenso bedingt die Art der Beschäftigung auf dem freien Felde, das Wohnen in den einzelnen, vielfach abgelegenen Gebäuden eine ganz andere Art der Freiheit, als dies bis dahin üblich war.

Dem Kranken, der in der Woche mit dem Ochsen, dem Fuhrwerk geht, kann man Sonntags nicht wohl den freien Ausgang versagen, und da jede Arbeit ihres Lohnes werth ist, wird man ihm auch seine Arbeit zu vergüten haben. Sollte er wirklich den freien Ausgang hin und wieder dazu missbrauchen, um draussen länger im Wirthshaus zu verweilen, als es gerade wünschenswerth gewesen wäre, im ganzen und grossen hat die Erfahrung für die Vorzüge der freien Behandlung entschieden, die somit als ein fester Bestand der Irrenbehandlung eingereiht ist.

Auch hierbei ist man nicht stehen geblieben.

Schon vor Hunderten von Jahren hatte sich in einem Dorfe unseres Nachbarstaates Belgien eine eigenartige Industrie entwickelt, die, auf re-

ligiösem Gebrauche fussend, zu einer immer grösseren Ausdehnung gelangt war. Mit dem Namen der heiligen Dymphna verbunden, finden wir schon im 8. Jahrhundert den Gebrauch, Geisteskranke an das Grab dieser Heiligen in Gheel zu führen, um dort durch Gebet und Exorcisirung geheilt zu werden. Da diese Heilung nicht immer sofort eintrat, mussten die Kranken längere Zeit in Gheel verweilen, und es fanden sich immer mehr Kranke ein und damit Einwohner dieses Ortes, die sich mit der Pflege der Kranken befassten. Jetzt ist der religiöse Theil der Behandlung mehr in den Hintergrund getreten, die Familienbehandlung dagegen hat beständig an Ausdehnung zugenommen und ist zur Zeit in einer durchaus entsprechenden Weise geregelt.

In dem etwa 6000 Einwohner zählenden und sich über eine sehr weite Fläche ausdehnenden flämischen Dorfe Gheel werden an 2000 Geisteskranke in der Weise verpflegt, dass sie zu 1 oder 2 den einzelnen Familien zugetheilt und ganz wie ein Mitglied dieser Familie gehalten werden. Soweit sie dazu imstande sind, nehmen sie an den häuslichen oder Feldarbeiten theil, aber auch arbeitsunfähige und hilflose Kranke sieht man dort am Herde umherhocken, und man kann gerade nicht behaupten, dass man in der Auswahl der Kranken besonders ängstlich zu Werke ginge. Die einzelnen Kranken werden von besonderen Aufsehern und von Zeit zu Zeit von den Aerzten des Dorfes besucht, die nachlässigen Pfleger durch Entziehung ihrer Pfleglinge bestraft, und etwaigen Mängeln wird nach Kräften abgeholfen.

Gheel hat von jeher eine Menge von Federn in Bewegung gesetzt, enthusiastische Bewunderung erregt und herben Tadel hervorgerufen. Im ganzen aber sah man in dem eigenartigen Orte mehr ein Curiosum, und selbst seine Bewunderer neigten zu der Ansicht,, dass man dem geschichtlichen Entstehen Gheels Rechnung tragen müsse und eine Wiederholung an einem anderen Orte voraussichtlich misslingen werde. Seither haben die Belgier selber dieses Experiment gemacht, und siehe da, es ist gelungen.

Jahrhunderte lang hatte kein Mensch daran gedacht, dass sich ein wallonischer Kranker in dem flämischen Gheel nicht wohl fühlen könne. Mit dem Aufleben der Sprachenfrage wurde dies anders, und was bisher ohne Anstand gegangen war, wurde plötzlich ein Stein des Anstosses, der schliesslich dazu führte, dass man in dem wallonischen Lierneux ein zweites Gheel für die französisch redenden Kranken errichtete, das sich in rascher Folge entwickelt hat.

Die Versuche, die man mit der Familienpflege in anderen Ländern und auch bei uns angestellt hat, sind an Ausdehnung weit hinter jenen Vorbildern zurückgeblieben, haben aber den Beweis erbracht, dass eine derartige familiale Verpflegung auch ausserhalb des historischen Gheel durchführbar sei. Am bekanntesten und wohl auch am ausgedehntesten ist dies in Ilten (Hannover) geschehen, wo zahlreiche Kranke in Verbindung mit einer geschlossenen Anstalt in den umherliegenden Ortschaften bei einzelnen Familien untergebracht werden; die Stadt Berlin verpflegt etwa 300 ihrer Kranken auf diese Weise, und die Provinz Sachsen schickt sich an, einen weiteren Versuch in grösserem Maassstabe zu machen.

Die Vorzüge dieses sogenannten familialen Systems dürften namentlich auf der finanziellen Seite zu suchen sein. Die Unterbringung muss eine billigere sein, wenn man überhaupt zu ihr übergehen soll, denn

dass es der Kranke in der Anstalt materiell meist weit besser hat, darüber ist wohl nicht zu streiten. Eine andere Frage aber ist, ob er sich in der Familie nicht am Ende behaglicher fühlt, ob er hier nicht das bitter entbehrte Gefühl der Freiheit wieder findet, und diese Frage möchte ich bejahen. Dass demnach die familiale Verpflegung ihre Berechtigung hat und wohl auch behalten wird, glaube ich gewiss, wenn ich auch bezweifeln muss, dass sie je die Anstaltspflege in den Hintergrund drängen oder gar beseitigen wird.

Eine weitere Errungenschaft der neueren Zeit ist die Bettbehandlung. Dass man Geisteskranke blos auf Grund ihrer psychischen Störung in das Bett zu legen habe, fiel bis vor kurzem niemand ein. Die alte Psychiatrie steckte die Tobsüchtigen in die Zwangsjacke, die neuere liess sie ohne Jacke umherlaufen und hoffte eine Besserung von dem Austoben, in das Bett aber legte man sie nur dann, wenn sie auch körperlich krank oder aus bestimmten anderen Gründen wirklich bettbedürftig waren.

Mittlerweile hatte das Bestreben nach einer freieren Behandlung auf die bauliche Einrichtung der Anstalten in der Art eingewirkt, dass man auch nach aussen den Anschein des Zwanges nach Möglichkeit zu vermeiden und ohne vergitterte Fenster, verschlossene Thüren, ummauerte Gärten u. dergl. m. auszukommen suchte.

Da indes die Natur der Kranken im wesentlichen die alte geblieben war, und man vielfach mit Individuen zu rechnen hatte, die für diese humanen Bestrebungen nicht immer das richtige Verständniss besassen, so drängte die Auflassung des äusseren Zwanges nach einem Ersatz, den man je nach Neigung in dem inneren Zwange der Narcotica oder in einer vermehrten Aufsicht suchte. Des weiteren trat hierzu das Bestreben, die Irrenanstalt auch in ihrer äusseren Erscheinung den übrigen Krankenhäusern möglichst gleich zu stellen, und beiden Absichten glaubte man dadurch zu entsprechen, dass man die Kranken dauernd zu Bett legte. Diese Bettbehandlung hat sich überall rasch eingebürgert, und eine Anstalt ohne sie würde sich dem Vorwurfe aussetzen, nicht mit der Zeit fortgeschritten zu sein. Und in der That hat sie, nach der Abschaffung des Zwanges, den entscheidendsten Einfluss auf die ganze äussere und innere Gestaltung der modernen Anstalten ausgeübt. Die Bettbehandlung erfordert dauernde Aufsicht, diese Aufsicht einen entsprechenden Raum, und so sehen wir überall in den Bauplänen der Anstalten die Wachsäle in den Vordergrund treten, zu besonderen Wachabtheilungen anwachsen und einen grossen Theil der Krankenräume für sich in Anspruch nehmen.

Der günstige Einfluss auf die Ruhe einer Anstalt lässt sich nicht verkennen. Wenn schon durch die Abschaffung der Zwangsmittel die schwersten Formen der Manie, der Schmierer, Zerstörer und Zerreisser, zum guten Theil obsolet geworden sind, so bringt die Bettbehandlung die letzten Reste der motorischen Unruhe meist rasch zum Verschwinden, und es ist in der That wunderbar, nicht so sehr, dass sich der erregte Kranke im Bette beruhigt, als dass er überhaupt tage- und wochenlang darin verbleibt. Vor allem hat die Sicherheit des Dienstes durch die Möglichkeit einer beständigen Ueberwachung ausserordentlich zugenommen, und die Zahl der Selbstmorde ist geringer geworden. Und wer da weiss, wie schwer diese Gefahr auf dem Verantwortlichkeitsgefühle des Anstaltsarztes lastet,

der würde allein schon aus diesem Grunde der Bettbehandlung das Wort reden. Ausser der Depression sind es vornehmlich Zustände der motorischen Erregung, Schwächezustände, Delirien toxischer und hallucinatorischer Natur, die hier in Betracht kommen. Der frisch zur Aufnahme gelangende Kranke wird seine weitere Bestimmung stets im Bette zu erwarten haben, und wenn es auch nur aus dem Grunde geschähe, um ihm die Ueberzeugung nahezulegen, dass er thatsächlich krank sei und der Bettruhe bedürfe. Aus demselben Grunde werden Sie gut thun, jeden Kranken Ihrer Privatpraxis, bei dem sich psychische Störungen zeigen, kurzer Hand ins Bett zu legen. Meist wird er dies ohne Widerstreben thun, und sollte er sich anfänglich dazu nicht bequemen, dann wird er seinen Widerstand fast stets aufgeben, wenn sie ihn einwickeln und ihm auf diese Weise die nöthige Ruhe verschaffen. Einen Nachtheil können Sie ihm durch diese Behandlung jedenfalls nicht zufügen.

Weniger sicher bin ich darin, ob dies nicht durch die unterschiedslose und langandauernde Bettbehandlung geschieht, wie sie zur Zeit in einzelnen Anstalten ausgeübt wird. Es will mir zum wenigsten bedünken, als ob die Ruhe, die durch sie in die Anstalten eingezogen ist, manchmal etwas gar zu intensiv und geradezu unheimlich sei. Das Vorwiegen stuporöser Formen, das auffallend rasche Verblöden einzelner Kranken bei andauernder Bettbehandlung sollte zur Vorsicht mahnen, und wenn auch die Bettbehandlung einen Gewinn in der Behandlung der Kranken bedeuten wird, so werden wir uns doch wohl einzelne Abstriche gefallen lassen und strengere Indicationen dafür aufstellen müssen.

Vielleicht kehrt man alsdann wieder mehr zur Arbeit zurück, die bei der extensiven Bettbehandlung naturgemäss mehr in den Hintergrund treten musste. Von dem Nutzen der landwirthschaftlichen Beschäftigung haben wir schon gesprochen, und das Gleiche gilt mehr oder weniger von jeder Art der körperlichen Beschäftigung, vorausgesetzt, dass sie eine nutzbringende ist und dem Kranken an sich eine Befriedigung gewährt. Ob Beschäftigungsspiele, Heilgymnastik oder geistige Arbeit imstande sind, das Gleiche zu leisten, möchte ich bezweifeln. Kranke der besseren Stände erheben oft Schwierigkeiten gegen das Ansinnen einer körperlichen Beschäftigung, und so wird man ihnen wohl oder übel nachgeben müssen. Hier erweist sich das Erlernen einer fremden Sprache, dort Holzschnitzereien und die Schnitzelbank von Nutzen, und in manchen Anstalten hat man eigene Lehrer für Elementarunterricht, Singen und Instrumentalmusik angestellt. Im allgemeinen hält es schwer, Kranke aus den besseren Ständen zu beschäftigen, und daher ist die Mitwirkung gesunder Personen nicht so ohneweiters von der Hand zu weisen, wie es wohl mit dem Einflusse der Geistlichen in manchen Anstalten geschieht. Voraussetzung für ihre erspriessliche Mitwirkung ist selbstverständlich, dass der Geistliche nebenbei ein verständiger Mensch sein und den Anordnungen des Arztes Folge leisten muss. Aber der Exorcismus hat längst aufgehört, eine Form der theologischen Psychotherapie auszumachen, und frische Kranke wird man im allgemeinen dem religiösen Zuspruche zu entziehen haben. Im Stadium des Abklingens dagegen kann die Mithilfe eines verständigen Laien nur erwünscht und die Theilnahme eines Anstaltsgeistlichen an der erstarkenden Psyche des Kranken eine förderliche sein.

Bisher habe ich Ihnen vorzugsweise von der Anstalt gesprochen und insofern mit Recht, als sie das Hauptmittel unserer Behandlung ausmacht.

Dass aber auch ein wenig vollkommenes Instrument in der Hand des Meisters Grosses leisten kann, haben Sie an dem Beispiele von Siegburg gesehen, und so wird es immer wieder der Arzt sein, dessen Persönlichkeit den Geist der Anstalt zum lebendig wirkenden Wesen erhebt, und von dem in letzter Instanz das Wohl und Wehe der Kranken abhängt.

Wollen Sie auf die Psyche eines Menschen einwirken, dann müssen Sie ihr vor allem ein volles Verständniss entgegenbringen. Der Kranke muss das Gefühl haben, nicht nur dass Sie ihn verstehen, sondern mehr noch, dass Sie Wohlwollen und Mitgefühl für ihn empfinden.

Unsere ganze psychiatrische Thätigkeit ist in erster Linie eine suggestiv erziehliche. Der Kranke muss Sie als einen Halbgott verehren, und nur dann können Sie ihm helfen und seine verkehrten Ideen durch richtige ersetzen, wenn er die volle Ueberzeugung hat, dass Sie nur in seinem Interesse handeln, und alles, was Sie thun, ihm befehlen oder verbieten, nur den einen Zweck hat, ihn zu heilen. Aus diesem selben Grunde muss die höchste Autorität in der Anstalt vom Arzte, und zwar von ihm allein ausgehen. Alle Zweitheilung wäre von Uebel und würde nur dazu führen, diese Autorität und damit die Möglichkeit einer ärztlichen Beeinflussung überhaupt zu vernichten.

Wie verkehrt aber in dieser Beziehung verfahren wird, und zu welchen vernichtenden Folgen ein solch verkehrtes Verhalten führen kann und logischer Weise führen muss, mag Ihnen ein Beispiel beweisen.

Mit der Behandlung eines königlichen Kranken war zwar ein Arzt mit unbeschränkter Gewalt betraut worden, gleichzeitig aber wurde dem Kranken sein ganzer Hofstaat belassen, der nach wie vor seinen Befehlen zu gehorchen hatte. Waren diese nun derart, dass ihre Ausführung mit den anderweitig gegebenen Anordnungen im Widerspruche stand, so musste der Arzt antreten und dem Kranken bedeuten, dass seinen Befehlen aus ärztlichen Gründen nicht willfahrt werden könne. Befahl der Prinz z. B. um Mitternacht sein Diner, so mussten Adjutant, Koch und Lakaien antreten, die Tafel musste gedeckt und die Vorbereitungen zur Mahlzeit getroffen werden. Gleichzeitig aber wurde der Arzt geweckt. Er trat ein, hiess die Hofchargen ab- und seine Lazarethgehilfen antreten, und er hatte dem Prinzen zu bedeuten, dass er aus Gesundheitsrücksichten nichts zu essen erhalten und sich allerhöchst in das Bett verfügen werde. Dass es hierbei ohne erregte Scenen nicht abging, versteht sich von selbst. Die unausbleibliche Folge war Abneigung des Kranken gegen den Arzt, den er als seinen natürlichen Feind ansehen musste, die Unmöglichkeit für diesen, auf seinen Kranken einen Einfluss auszuüben, und für den Kranken der Uebergang in Blödsinn.

Wir sollen heilen und nicht schaden, und sehe ich, dass mein Anblick einen Kranken reizt, so habe ich diese Schädlichkeit ebenso von ihm abzuhalten, wie jede andere, und es wäre verkehrt, wollte ich ihm meine Gegenwart mit Gewalt aufdrängen.

Soll ich Ihnen überhaupt das ganze und grosse Geheimniss einer erfolgreichen Behandlung von Geisteskranken verrathen, so besteht es in der jedesmaligen Erwägung, wodurch ich dem Kranken am wenigsten schade, in dem beständigen Compromisse, den ich zwischen meinem ärztlichen Handeln und dem Kranken eingehen muss. Was ich will, steht fest und ist in jedem Falle gegeben; ich will dem Kranken nützen und jeden

Schaden vermeiden. Was aber nicht fest steht, was ich nicht weiss, und sich in jedem Augenblick anders gestalten kann, das ist die Persönlichkeit des Kranken, und ihr muss ich Rechnung tragen.

Und da habe ich mir in jedem Falle die Frage vorzulegen: Wodurch schadest du am wenigsten — wenn du den ärztlichen Eingriff erzwingst oder wenn du ihn bleiben lässt?

Schon früher habe ich Sie auf das Bedenkliche der Nothlüge aufmerksam gemacht. Sie würden mit einem Schlage den Nimbus der Gottheit verlieren und auf die Stufe eines gewöhnlichen Sterblichen herabsinken. Diese gleiche Erwägung muss Sie davon abhalten, arzneiliche Anordnungen etwa durch List und hinter dem Rücken des Kranken zu erschleichen. Ist eine ärztliche Maassregel unbedingt nothwendig und sträubt sich der Kranke dagegen, so muss sie unter Umständen mit Gewalt durchgeführt werden, andernfalls lässt man sie sein. Kann es z. B. etwas Verkehrteres geben, als die Verordnung eines Bades zur Beruhigung, dessen Anwendung nur mit Gewalt zu erzwingen und vielleicht erst durch eine regelrechte Balgerei zu erreichen wäre?

Gleicher Weise halte ich es für durchaus bedenklich, Arzneimittel ohne Vorwissen des Kranken den Nahrungsmitteln beizumischen. Der ohnehin misstrauische Kranke würde darin eine Bestätigung seiner Beeinträchtigungsideen sehen und unter Umständen die ganze Nahrung verweigern, was er bisher nicht gethan hatte. Also auch hier dieselbe Offenheit und lieber Zwang, als List.

Noch von einer anderen Art der Psychotherapie möchte ich Ihnen hier reden und meiner Ausführung die Worte *Strümpell's* voransetzen, dass der richtige Arzt die ganze Natur für seine Kranken in Bewegung setzt, der Stümper nur die Apotheke.

Und da möchte ich Ihnen ans Herz legen, dass Sie die Verpflichtung haben, jedes Mittel anzuwenden, von dem Sie sich Heilung versprechen. Unter allen Mitteln aber ist das idealste der Glaube, denn er bewirkt dort noch Heilung, wo alles andere versagt, und dies Mittel einem Kranken blos deshalb vorenthalten zu wollen, weil ich nicht daran glaube, halte ich für absurd.

Charcot hat uns hierin, wie in so manchem anderen, den richtigen Weg gewiesen, indem er uns Einsicht in den Mechanismus des Glaubens und der Wunder verschaffte und den Satz aufstellte, dass jedes therapeutische Wunder seine Erklärung habe und seine Gesetze uns nach und nach bekannt würden. *Charcot* lehrte uns die Elemente des Wunders zu studiren, und wenn er dadurch auch mit dem Uebernatürlichen des Wunders aufräumte, so kann unsere Bewunderung über die Macht des Geistes auf körperliche Zustände durch eine eingehendere Beschäftigung mit dieser Art der therapeutischen Einwirkung nur gewinnen. In dieser Weise müssen Sie die Heilungen an Wallfahrtsorten und bei Heiligenbildern auffassen und erklären, und Sie werden in der That Wunder erleben. Allerdings wird dies nur dort der Fall sein, wo sich der Einfluss des Geistes auf den Körper geltend macht, aber dieser Einfluss ist stärker, als Sie gemeiniglich annehmen, und er ist so stark, dass er Krankheiten heilen kann. Grundbedingung hierfür ist eine individuelle geistige Verfassung des Kranken und eine bestimmte Krankheit. Es kommt somit nicht darauf an, wie Sie über die Heilkraft dieses oder jenes Heiligen denken, sondern ob dies

Ihr Kranker thut, und ebensowenig werden Sie an den Heiligen das Ansinnen stellen, ein amputirtes Glied in seiner früheren Schöne herzustellen, einen Beinbruch zu heilen und andere derartige Dinge zu thun. Bei richtiger Fragestellung dagegen, und zwar besonders bei trophischen Störungen hysterischer Natur, bei Lähmungen, die auf Vorstellungsanomalien beruhen, und dergleichen Erkrankungen mehr wird Ihnen die erwünschte Antwort zutheil werden, und ihr Kranker wird den Vortheil davon haben, wenn auch die Heilungen nicht immer so plötzlich zustande kommen, wie Sie dies in den Berichten aufgezeichnet finden. An den Wunderorten untersucht man die Reflexe nicht, was *Charcot* that. Er fand nun, dass bei der hysterischen Contraction zwar die Rigidität aufhörte, wohl aber Störungen der Sensibilität und eine Steigerung der Sehnenreflexe zurückblieb. Durch die Besserung der Ernährung wurde die Heilung eingeleitet, und wenn auch die Gefahr eines Recidivs so lange zu befürchten ist, als jene Steigerung der Sehnenreflexe bestehen bleibt, so war doch der Anfang gemacht.

Ich habe Ihnen ferner gesagt, dass unsere Thätigkeit zum grossen Theile in einer suggestiven Einwirkung bestehe, und ich möchte diese Behauptung aufrechterhalten, wenn ich Sie auch bitten muss, diese Art der Psychotherapie nicht als gleichbedeutend mit der Hypnose aufzufassen. Psychotherapie soll der Arzt stets treiben, sie ist überall am Platze und erfordert ausser dem Tacte in erster Linie Menschenkenntniss und Talent. Die Hypnose dagegen ist stets ein Experiment mit der menschlichen Seele und daher nur dort anzuwenden, wo alles andere versagt hat; sie als ein Universalheilmittel aufzufassen, wäre thöricht. Im Gegentheil steht ihrer therapeutischen Anwendung nur ein eng umgrenztes Gebiet offen, und zu diesem Gebiete gehören die Psychosen nicht.

Selbst die entschiedensten Anhänger dieser Heilmethode sind, soweit sie nicht alle Kritik verloren haben, darin einig, dass die Hypnose an der Schwelle der Geisteskrankheiten ihren Dienst versage. Soll sie überhaupt Erfolg haben, so muss der Kranke an die Versicherung des Hypnotiseurs glauben und von dem Krankhaften seines Zustandes überzeugt sein, sowie den lebhaften Wunsch haben, zu genesen. Kurz das psychische Organ muss gesund sein, wenn die Hypnose es wirksam beeinflussen soll, und da dies bei den Geisteskranken nicht der Fall ist, so thun Sie besser, bei ihnen derartige Experimente zu unterlassen.

Auch von der Anwendung der Elektricität ausserhalb der ihr überhaupt gestellten Indicationen haben Sie bei Psychosen nichts zu erwarten. Anders verhält es sich dagegen mit den Bädern oder der Wasserbehandlung im allgemeinen, und es wird wohl kaum eine Irrenanstalt geben, wo nicht von ihr der ausgiebigste Gebrauch gemacht würde.

Sie können daher in leichteren Fällen Ihre Kranken unbedenklich in die Wasserheilanstalt schicken, vorausgesetzt, dass deren Leiter mit der Behandlung psychischer Kranker vertraut sind und nicht in beschränkt einseitiger Weise alles Heil vom Wasser erwarten, wie dies z. B. von der Kneippcur gelten würde — vor allem nicht von dem kalten Wasser. Es gab eine Zeit, wo man von der Paralyse wenig wusste und die Paralytiker den Kaltwasseranstalten überwies, die sie unterschiedslos ins kalte Wasser steckten. Ich war damals Arzt in einer Privatirrenanstalt Schlesiens, und ich erinnere mich, dass wir nahezu alle unsere Paralytiker aus den

Thüringer Kaltwasseranstalten erhielten und in welchem Zustande der Erregung!

Nervenleidende ertragen eine Entziehung von Wärme meist schlecht, und dies müssen Sie wissen, wenn es sich um die Bestimmung eines Seebades handelt. Das Seebad bei Nervösen ist stets eine schwer zu berechnende Grösse. Schon die Luft wirkt erregend und viele Kranke schlafen an der See schlecht; ich habe mehrfach gesehen, wie eine lang schlummernde Erregung an der See innerhalb weniger Tage in eine volle Manie überging. Senden Sie daher Ihre Kranken lieber in den Wald, als an die See, was ich stets für bedenklich halte.

Von den warmen Bädern dagegen können Sie den ausgiebigsten Gebrauch machen und sie nöthigenfalls mit feuchtwarmen Einwickelungen verbinden, während von den früher so beliebten kalten Douchen das vorhin über die Anwendung kalter Bäder Gesagte gilt.

Neuerdings ist man vielfach zu warmen Dauerbädern übergegangen, und man will bei Erregungszuständen und bei acuten functionellen Psychosen eine besonders beruhigende Wirkung davon gesehen haben. Da sie indess besondere Einrichtungen erfordern, werden sie für die Privatbehandlung kaum in Betracht kommen.

Wenn ich mich vorhin gegen die Anwendung der Kälte ausgesprochen habe, so möchte ich doch nicht dahin missverstanden werden, als ob ich darunter auch die kühlen Abreibungen verstanden hätte. Es ist dies nicht der Fall. Bei diesen rasch ausgeführten Abreibungen kommt weniger die Kälte als die anregende, kräftigende Wirkung des Hautreizes in Betracht, und Sie werden sie daher überall da ohne Bedenken zur Anwendung ziehen, wo Sie eine anregende Wirkung für angezeigt halten. Zur Beruhigung somit laue Bäder, deren Dauer Sie nach Bedarf beliebig ausdehnen können, zur Anregung kühle Abreibungen, am besten des Morgens unmittelbar nach dem Aufstehen, und bei Erregungszuständen feuchte Einwickelungen, die von den Kranken durchwegs gern ertragen und mit Humor aufgenommen werden.

Wie überall in der Behandlung der Kranken die Diät eine grosse Rolle spielt, so thut sie dies auch bei den Geisteskranken. Nicht sowohl bei den chronisch gewordenen, den abgelaufenen Fällen, wo Körper und Geist gewissermaassen einen Compromiss geschlossen haben und der Mensch oft auf die Stufe einer verdauenden Maschine herabgesunken ist. Wohl aber im Beginn, wo die frisch einsetzende Psychose fast stets von körperlichen Störungen begleitet oder von Wahnideen beeinflusst ist und der Kranke in unüberwindlicher Abneigung gegen jede Nahrung oder in der Idee der Vergiftung die Nahrung verweigert. Da ist guter Rath oft theuer, und wenn wir auch durch die Hungerkünstler belehrt worden sind, dass der Mensch recht lange ohne Nahrung am Leben bleiben kann, ganz kann er sie trotz Tanner und Genossen nicht entbehren.

Zudem haben wir in den Psychosen vielfach Ernährungsstörungen des Gehirnes zu sehen, die durch das Hungern gewiss nicht besser werden.

Hier gilt es nun mit Ernst und Vorsicht vorzugehen, die Gelüste des Kranken zu belauschen und immer wieder den Versuch zu machen, ihn zum Essen zu bewegen. Bleiben alle unsere Ueberredungskünste umsonst, dann werden Sie zur Sonde zu greifen und die Zwangsfütterung einzuleiten haben, die meist nach kurzer Zeit den Kranken davon über-

zeugt, dass sein Widerstand umsonst ist und der natürliche Vorgang bei der Nahrungsaufnahme vorzuziehen sei. — In zweiter Linie kommen Nährklystiere, oder die Einspritzung einer physiologischen Kochsalzlösung in die subcutanen Lymphräume in Betracht.

Dass Sie den Ausleerungen eine gleiche Aufmerksamkeit zuzuwenden haben, versteht sich von selbst. Bei den Depressionszuständen gehen die Absonderungen des Körpers ohnehin langsam von statten und die Bettbehandlung thut dazu wohl auch das ihrige. Kurz, die Verstopfung ist ein Vorkommniss, mit dem Sie um so mehr zu rechnen haben, als der benommene Kranke seine natürlichen Bedürfnisse vielfach unbemerkt lässt und unreinlich wird.

Nun kann man zwar durch Aufmerksamkeit und Wachsamkeit sehr vieles verhindern, und die moderne Bettbehandlung mit ihrer ständigen Ueberwachung hat den Procentsatz der Unreinlichen stark heruntergedrückt. Auch die Schmierer sind, wie so manches andere Kunstproduct der Zwangsbehandlung, mit dem Fortfall der früher gebräuchlichen ständigen Isolirung so ziemlich obsolet geworden, aber sie ganz zu beseitigen ist ein frommer Wunsch. Hier müssen Ausspülungen des Darmes zu Hilfe kommen und unter Umständen allabendlich vor dem Schlafengehen wiederholt werden, bis der Verständige nachgibt und der Kranke seine Unreinlichkeit bleiben lässt.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich ein Wort über Abführmittel hinzufügen. Wie überall, so ist die regelmässige Entleerung des Darmes auch bei den Geisteskranken von grosser Wichtigkeit, und oft bessert sich nach einem reichlichen Stuhlgange der Zustand zusehends. Trotzdem möchte ich vor der Anwendung eigentlicher Drastica warnen. Meist haben wir es mit Zuständen von Gehirnanämie zu thun und stürmische Entleerungen des Darmes würden diese Anämie nur verstärken. Zudem wird die Verstopfung vielfach durch eine Contraction des Darmes verursacht und daher sind lösende Mittel, wie Belladonna und dergleichen, eher am Platze. Immer aber versuchen Sie mit einem milden Mittel auszukommen, bevor Sie zu dem stärkeren greifen.

Wenn wir uns nun nach allen diesen allgemeinen Betrachtungen zu den medicamentösen Mitteln wenden, so werden wir uns zunächst, der Natur unserer Kranken entsprechend, mit den Beruhigungsmitteln zu befassen haben.

Die Unruhe ist das hervorragendste und jedenfalls das störendste Symptom, das uns in der Behandlung der Geisteskranken entgegentritt, sei es nun, dass der lärmende Uebermuth des Maniakalischen oder die sich in Jammern und Wehklagen ergehende Angst des Melancholikers unsere Hilfe in Anspruch nimmt und unser thätiges Eingreifen erforderlich macht.

Zum Glücke besitzen wir von altersher ein gar gewaltiges Mittel, das uns seine Hilfe selten versagen wird, wenn wir es nur in richtiger Weise verwenden wollten. Dieses Mittel ist das Opium. Nicht das Morphium, das für unseren Zweck als Beruhigungsmittel weniger in Betracht kommt, so wenig wir ihm auch die Palme als schmerzstillende Panacee streitig machen wollen. Daneben aber kommt dem Morphium eine erregende Wirkung zu, die wir für unseren Zweck nicht brauchen können und die uns veranlasst, uns mehr des Opiums zu bedienen.

Welche Hoffnungen dürfen wir auf das Opium stellen und wo und wann uns von seiner Anwendung einen Erfolg versprechen? Lange Erfahrung lässt mich überall da einen Erfolg erwarten, wo es sich darum handelt, die Reizbarkeit des Gehirnes herabzusetzen, mithin in allen Fällen, wo wir Veranlassung haben, die bestehende Unruhe auf eine abnorm gesteigerte Erregbarkeit des Centralorganes zurückzuführen und eine Herabsetzung dieser Erregbarkeit für angezeigt zu halten. Unruhe an und für sich würde somit noch lange keine Indication für Opium sein, wohl aber, wenn sich mit der maniakalischen Erregung eine gewisse Reizbarkeit verbindet, eine Neigung besteht zu Ausbrüchen von Heftigkeit und Zorn, und wenn sich die ängstliche Unruhe des Melancholikers mit psychischem Schmerz und einer leichteren Verletzbarkeit verbindet. Ob Sie in solchen Fällen das Opium innerlich oder subcutan geben, sich des Extr. op. aq. oder der Tinct. op. bedienen wollen, ist von weniger Belang, als dass Sie, der Gewöhnung des Kranken an das Mittel folgend, mit der Dosirung steigen, bis die erwünschte Beruhigung eingetreten ist.

Lässt diese zu lange auf sich warten und scheint es Ihnen, als ob das Mittel die Wirkung für diesmal versage, so setzen Sie es im allmählichen Herabgehen mit der Dosirung aus, um den Versuch nach einiger Zeit aufs neue zu wiederholen. Allzugrosse Dosen werden Sie zu vermeiden haben, wenn sie auch meist ohne nachweisbare Beschwerden ertragen werden, wie Sie ja ähnliches von dem Morphinismus her wissen.

Fangen Sie mit 0·03 Op. an Morgens und Abends je eine Gabe und steigen Sie, wenn erforderlich, bis auf 0·3 pro dosi.

Eine anfängliche Verstopfung weicht meist bald von selbst oder auf einfache Mittel hin, viel eher kann eine Diarrhoe störend wirken und zum Aussetzen des Opiums nöthigen.

Bei heftigen Erregungszuständen und namentlich bei starker motorischer Unruhe haben Sie gesehen, dass wir uns des Hyoscin und des Duboisin bedienten. So wirksam diese Mittel sind, so wenig werden Sie sich ihrer in der Privatpraxis bedienen. Wohl aber würde dies von dem Bromkalium zu gelten haben, dessen Sie sich erinnern könnten, falls das Opium einmal versagen oder, wie es zuweilen vorkommt, von dem Kranken nicht vertragen würde. Auch das Bromkali setzt die Erregbarkeit des Gehirnes herab, und Sie wissen, welche hervorragende Wirkung es bei der Behandlung einer ganzen Reihe von nervösen Reizerscheinungen und unter diesen wieder bei der Epilepsie hat.

Bei den Psychosen ist das nicht in gleicher Weise der Fall, und es steht hier in seiner Wirkung gegen das Opium weit zurück. Es scheint mir dies in seiner einseitigen Wirkung auf die Rindensubstanz zu beruhen, während ich dem Opium mehr eine Wirkung auf das ganze Gehirn zuschreiben möchte. Bezeichnend hierfür ist die Verschiedenheit des Erfolges beider Mittel bei den sogenannten Zwangsvorstellungen, während es gerade bei ihnen nahe lag, von dem Bromkali eine lindernde Wirkung zu erwarten. Thatsächlich ist dies nicht der Fall.

Die Zwangsvorstellungen, als Gebilde der unbewussten Thätigkeit des Gehirns, bleiben in alter Stärke bestehen, während die von der Rinde ausgeübte Controle und Kraft der Bekämpfung herabgesetzt wird, und mehrfach haben mich solche Kranke dringend gebeten, von der weiteren Anwendung des Bromkali abzustehen.

Bemerkenswerther Weise übt die Hypnose eine ähnliche Wirkung aus. Die in ihrer selbständigen Thätigkeit herabgesetzte Rinde kämpft auf Grund des suggerirten Befehles mit gebundenen Armen gegen den alten Zwang an, und vermehrte Angst, erhöhtes Unbehagen sind die unabweislichen Folgen des unzweckmässigen Verfahrens.

Eine andere, kaum weniger grosse Aufgabe erwächst Ihnen in der Bekämpfung der Schlaflosigkeit. Es will mir scheinen, als ob die Klagen über Schlaflosigkeit mit jedem Jahre häufiger würden, und wenn Sie die Reihe der Schlafmittel in Erwägung ziehen, die Jahr für Jahr auf den Markt geworfen werden, so können Sie auch hieraus einen Schluss auf die Grösse des Bedürfnisses ziehen.

An Mitteln zur Bekämpfung des Uebels fehlt es somit nicht, und doch könnten Sie nichts Verkehrteres thun, als kritiklos in den grossen Topf dieser sogenannten Schlafmittel zu greifen oder sie gar der Reihe nach durchzuprobiren. Würden uns die Physiologen über das Wesen des Schlafes die längst ersehnte Aufklärung geben, so wären wir jedenfalls dem Probleme der Schlafmittel etwas näher gerückt, aber auch so werden wir uns in jedem Falle die Frage vorzulegen haben, auf welcher Ursache die Schlaflosigkeit beruhe. Denn so viel wenigstens ist uns bekannt, dass der Schlaf nur bei normalem Ablaufe der Hirncirculation eintritt, und jede Störung nach oben oder unten, Hyperämie oder Anämie, auch eine Störung des Schlafes nach sich zieht. Der Ursachen gibt es daher fast ebenso viele, wie es schlechte Schläfer gibt, und zudem ist das Schlafbedürfniss bei den verschiedenen Menschen ein sehr verschiedenes, und man kann zur Noth mit recht wenig Schlaf auskommen.

Alles dies haben Sie zu beachten, bevor Sie in die Behandlung einer Schlaflosigkeit eintreten.

Sehr oft sind es körperliche Schmerzen und Beschwerden, die uns am Schlafen hindern. Wollten Sie hier ein Schlafmittel verordnen, so würden Sie keine besondere Ehre mit Ihrer Verordnung einlegen, da sich Chloral, Trional und wie sie alle heissen, gegen Schmerzen machtlos erweisen. Hier wird das Morphium seine volle Wirksamkeit entfalten, so wenig es an sich als Schlafmittel gelten kann. In anderen Fällen werden Sie einen Zustand der Erregung feststellen und daher beruhigend zu wirken suchen. Da, wo Sie mit physikalischen und diätetischen Mitteln auskommen können, verdienen diese sicherlich den Vorzug. Leider ist ihre Wirksamkeit oft eine langsame und der Kranke drängt trotz lauer Bäder, trotz Senffussbäder, Massage u. dergl. nach Schlafmitteln. Auch hier gilt, was ich Ihnen vorher von dem Compromisse gesagt habe. Absolut indifferente Schlafmittel dürfte es wohl kaum geben, und Sie werden sie daher nie ohne Noth verordnen. Andererseits ist eine Reihe schlafloser Nächte ebenfalls nicht ohne Bedenken, und Sie werden sich daher stets die alte Frage aufs neue vorzulegen haben, auf welcher Seite die geringere Schädlichkeit, der grössere Nutzen gelegen sei, Schlafmittel und Schlaf, oder Schlaflosigkeit ohne Mittel. Als das in seiner Wirkung sicherste gilt immer noch Chloralhydrat, und wenn Ihnen daran gelegen ist, dem Kranken zu beweisen, dass Sie ihm Schlaf verschaffen können, dann werden Sie sich am besten des Chloralhydrats bedienen. Leider stehen seiner Anwendung eine ganze Anzahl von Contraindicationen entgegen, und vor allem verbietet sich sein anhaltender Gebrauch. Bei dieser Gelegenheit möchte ich Ihnen

die Warnung mit auf den Weg geben, niemals ein Schlafmittel, und was es auch sein möge, schablonenmässig und andauernd zu geben. Setzen Sie das Mittel stets nach einer oder mehreren guten Nächten aus, da die Natur zuweilen von selbst wieder in die alten Bahnen einlenkt, wenn ihr erster Widerstand gebrochen ist, und sollte dies nicht der Fall sein, dann wechseln Sie zweckmässiger mit dem Mittel, als dass Sie bei dem einen verbleiben. Am längsten wird noch das Paraldehyd vertragen, und ich habe es jahrelang ohne den geringsten Nachtheil in Dosen von 10·0 und mehr täglich gebrauchen sehen. Seiner allgemeinen Anwendung setzt sich leider der abscheuliche Geruch entgegen, der den Kranken für seine Umgebung wenig angenehm macht. Aus der Menge der anderen Schlafmittel hebe ich nur Trional und das neuerdings viel empfohlene Dormiol hervor, ohne Sie indess in der Anwendung der anderweitig angepriesenen Mittel beschränken zu wollen.

Im Gegensatze zu dieser Erregung stehen die Zustände mit vorwiegender Anämie des Gehirns, wo Ihre Aufgabe nicht in einer Herabsetzung des Tonus, sondern vielmehr in seiner Erhöhung bestehen wird. Und hierher wären alle diejenigen Fälle zu rechnen, bei denen die Domäne der Alkoholica beginnt.

Es gehört heutzutage zum guten Ton, auch in der Medicin, gegen den Genuss der Alkoholica zu Felde zu ziehen und sie, wenn es irgend ginge, selbst aus der Reihe der therapeutischen Mittel herauszudrängen. Meines Erachtens würde man hiermit das Kind mit dem Bade ausschütten. Seien Sie bei ihrer Anwendung vorsichtig, entfernen Sie sie aus der Behandlung der Neurastheniker und aus der Kinderpraxis ganz und gar, denn beiden sind die geistigen Getränke Gift, und dass es auch ohne sie geht, dafür können die Beweise ohne Uebertreibung erbracht werden. Eine Uebertreibung aber, und eine schädliche Uebertreibung wäre es, in ihrer Anwendung auch dort ein Unrecht zu sehen, wo sie sich nachweislich bewährt haben. Und das ist bei vielen acuten Psychosen der Fall. Bei Puerperalmanien, Collapsdelirien und ähnlichen Zuständen, wo der in beständiger Bewegung befindliche Kranke keine Zeit zum Essen findet, die Lippen sich mit Fuligo bedecken und der Puls immer kleiner wird, wird ein Glas Sherry oft geradezu Wunder thun und das ganze Krankheitsbild mit einem Schlage zum besseren verändern.

Und ebenso werden Sie oft in einem Glase kräftigen Bieres das beste und gewiss auch das relativ harmloseste Schlafmittel finden, zumal bei Frauen, die weniger als wir an den Genuss geistiger Getränke gewohnt sind; bei Männern müssten Sie das Bier schon mit einem alkoholhaltigeren Getränk, mit einem Schlummerpunsche ersetzen, wenn Sie schlafbringend wirken wollen.

Ich möchte diese Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, ohne einem Vorurtheile entgegenzutreten, dem man auch unter den Aerzten begegnet, dem nämlich, dass es nicht unbedenklich sei, den Trinkern den gewohnten Genuss plötzlich zu entziehen. Es können ja Verhältnisse eintreten, wo Sie die Gefahr eines Collapses und damit den Ausbruch eines Delirium tremens zu befürchten hätten, wie dies bei fieberhaften Erkrankungen und bei Knochenbrüchen der Fall ist, und wo Sie den Weitergebrauch des Giftes für weniger bedenklich halten, als seine plötzliche Entziehung. Ueberall anders aber brauchen Sie die auf einen Schlag durchgeführte Enthaltsam-

keit nicht zu scheuen. Der in den Trinker- oder Irrenanstalten aufgenommene Gewohnheitssäufer, leide er nun am Delirium tremens oder an einer anderen Geistesstörung, erhält mit dem Augenblicke seines Eintrittes in die Anstalt keinen Tropfen alkoholischer Getränke mehr, ohne dass Sie das mindeste dabei zu besorgen hätten. Dass er nach seiner Entlassung meist weiter trinkt, ist eine andere Sache.

Auf die Behandlung einzelner und oft recht unangenehmer Symptome einzugehen, wie sie die Neigung zur Masturbation, zum Selbstmord u. a. abgeben, würde uns hier zu weit führen.

Wohl aber dürfte es sich empfehlen, einige Worte über eine specifisch gynäkologische Behandlung zu sagen. Wenn Sie in Betracht ziehen, dass wir in den Seelenstörungen die Veränderungen des Seelenlebens unter veränderten körperlichen Bedingungen vor uns haben, und andererseits die Rolle erwägen, welche die geschlechtlichen Functionen im Seelenleben des Weibes einnehmen, dann werden Sie keinen Augenblick darüber erstaunt sein, wenn sich die Störungen des einen mit Störungen des anderen verbinden. Und in der That sind Unregelmässigkeiten in der Menstruation, Aussetzen der Regeln u. a. m. ziemlich gewöhnliche Begleiterscheinungen einer Psychose. Soll man deshalb sogleich dagegen vorgehen?

Der Thatendrang früherer Specialisten hat uns gründlich darüber belehrt, dass Nervenkranke und noch mehr Geisteskranke gynäkologische Eingriffe nur schwer ertragen und dass wenig Gutes dabei herauskommt, und da uns ferner die tägliche Erfahrung zeigt, wie oft sich diese Störungen bei zunehmender Gesundung von selber wieder einrichten, so thun wir besser, sie der Heilkraft der Natur zu überlassen.

Ich möchte jedoch nicht dahin von Ihnen missverstanden werden, dass deshalb jeder gynäkologische Eingriff während der Dauer einer Psychose zu unterbleiben habe. Ist er geboten und verträgt er keinen Aufschub, dann muss der Eingriff stattfinden und unsere Bedenklichkeit vor der Nothwendigkeit zurücktreten. Aber selbst dann wird es sich empfehlen, es möglichst bei einem einmaligen Eingriffe zu belassen und keine langathmigen Curen einzuleiten, und es ist mit Dank anzuerkennen, dass die heutigen Gynäkologen mit uns der gleichen Ansicht sind.

Noch über einige andere Maassnahmen werden wir uns zu verständigen haben, die an Sie herantreten, wenn es sich um die Entlassung des Kranken handelt, um seine Behandlung in der Reconvalescenz und der Genesung.

Die Anstalt wird oft genug nicht in der Lage sein, den Kranken bis zu seiner völligen Herstellung zu behalten oder, richtiger ausgedrückt, der Kranke ist nicht in der Lage, so lange in der Anstalt zu verbleiben. Viel häufiger müssen wir uns damit begnügen, die Besserung eingeleitet zu haben, und der Kranke wird in der Erwartung entlassen, dass es zu Hause mit ihm besser gehen und er dort vollständig genesen werde. In dieser Rückkehr liegen an sich gewisse Gefahren, die zumeist auf den Unverstand der Umgebung zurückzuführen sind. Uebertriebene Angst auf der einen, übertriebene Fürsorge auf der anderen Seite sind oft dazu angethan, den leicht verwundbaren Menschen zu verletzen und zu erregen und den Erfolg der Anstaltsbehandlung aufs neue in Frage zu stellen.

Hier gilt es aufklärend und vermittelnd einzugreifen und den Angehörigen klar zu machen, dass der Heimgekehrte zwar wie jeder Reconvalescent mit Schonung zu behandeln, der erhöhten Empfindlichkeit aber mit doppeltem Vertrauen zu begegnen sei.

Sie werden dabei finden, dass der wirklich Genesene sich der Anstalt und seiner dortigen Beziehungen gerne erinnert und davon spricht, und dass Sie daher durchaus keine Vorwürfe zu befürchten haben, obwohl Sie damals zur Ueberführung in die Anstalt hilfreiche Hand geleistet hatten.

Eine weitere Frage, die hin und wieder an Sie herantritt, ist die, ob ein genesener Geisteskranker heiraten darf. Es führt uns dies in das Gebiet der Prophylaxe hinüber und bedarf der Wichtigkeit halber einer etwas eingehenderen Behandlung.

Je mehr Geisteskranke Sie behandeln und je älter Sie in dieser Behandlung werden, um so mehr sind Sie geneigt, die Hauptursache der Erkrankung in einer persönlichen Veranlagung zu suchen. Für eine ganze Anzahl von Psychosen wissen wir dies bestimmt, und für die anderen wird die Wahrscheinlichkeit eine immer grössere, dass sie sich nämlich nur auf dem Boden einer angeborenen oder frühzeitig erworbenen Anlage entwickeln können. Diese Anlage aber wird durch die Erblichkeit übertragen, und dass hierfür geisteskranke Eltern den günstigsten Nährboden abgeben, bedarf keines weiteren Beweises. Hieran können auch alle Erörterungen über die regenerative Kraft der Natur nichts ändern und wäre sie noch weit höher, als wir dies bisher angenommen haben. Ganz gewiss erkranken weitaus nicht alle Kinder geisteskranker Eltern an Geistesstörung, es ist dies vielmehr nur in einem verhältnissmässig geringen Procentsatz der Fall, belastet sind sie jedoch alle, und dass ihnen die Gefahr der Erkrankung näher liegt, als den nicht belasteten, wird niemand in Abrede stellen wollen. Man wird daher schon bei der Erziehung darauf Rücksicht zu nehmen und Schädlichkeiten von ihnen mit doppelter Sorgfalt fern zu halten haben. Solche Schädlichkeiten sind vor allem Ueberanstrengung in der Schule, frühzeitige Onanie und Alkoholgenuss, und gerade für diese Schmerzenskinder liegt in den Entwicklungsjahren eine Gefahr, die wir nicht hoch genug anzuschlagen haben.

Es ist daher für Sie die möglichst frühzeitige Diagnose von der grössten Wichtigkeit, der Nachweis, ob Sie es in einem Falle erblicher Belastung auch mit wirklicher erblicher Entartung zu thun haben, mit anderen Worten, ob die angeborene Anlage bei dem betreffenden Kinde bereits zu bestimmten krankhaften Veränderungen des Nervensystems geführt hat. Dass hier in der Zucht der Schule eine besondere Gefahr liegt, jede Ueberbürdung mit der grössten Entschiedenheit fernzuhalten ist und in der Wahl des Berufes grosse Sorgfalt obzuwalten hat, versteht sich von selbst. Bei Knaben tritt noch die Militärpflicht hinzu. Die starre Disciplin des Militärdienstes wird von diesen, meist wenig im psychischen Gleichgewichte liegenden Individuen schwer ertragen, und die Gefahr eines Conflictes mit seinen Folgen liegt oft nahe genug. In diesen Fällen thun Sie gut, die abnormen Vorgänge im Laufe der Entwicklung Ihres Patienten genau zu registriren, um seinerzeit ein auf diesen Thatsachen beruhendes Zeugniss abgeben und seine Einstellung in den Militärdienst verhindern

zu können. Es wäre daher sicherlich im Interesse der allgemeinen Volkshygiene am gerathensten, wenn sich jeder, der einmal geisteskrank gewesen, des Heiratens oder doch der Fortpflanzung enthielte, und es unterliegt keinem Zweifel, dass in der Ausdehnung der Erblichkeit auch die Ursache für die Zunahme der Geistesstörungen zu suchen ist.

Werden Sie deshalb jedem, der einmal geisteskrank gewesen und der Sie um Ihren Rath fragt, von einer Heirat abrathen? Das beste wäre es unbedingt. Trotzdem bezweifle ich, dass wir so weit gehen werden. Auch hier werden wir zu unterscheiden und zu beachten haben, welcher Art die Geistesstörung war und ob sie auf eine bereits bestehende Veranlagung zurückzuführen ist. Eine wesentliche Rolle bei der Entscheidung wird der andere Theil spielen, und trifft die erste Voraussetzung nicht zu, und ist der andere Theil von tadelloser Gesundheit, dann werden Sie Ihre Zustimmung vielleicht widerwillig, aber dennoch geben müssen. Gleicherweise ist hier die Gefahr des Recidives mit in die Berechnung hineinzuziehen. Die Neigung der Psychosen zu einer periodischen Wiederkehr ist eine recht grosse und die Prognose in dieser Beziehung eine unsichere. Alles in allem wäre es daher schon das beste, wenn frühere Geisteskranke das Heiraten und Kinderkriegen den nicht Geisteskranken überliessen.

Dass Sie Fragen, die in dieser oder einer ähnlichen Angelegenheit von anderer Seite an Sie gestellt werden, ohne bestimmte Erlaubniss der Betreffenden nicht beantworten dürfen, versteht sich von selbst. Bin ich dagegen im Besitze dieser Erlaubniss, dann würde ich die gewünschte Auskunft in obigem Sinne und ohne Bedenken abgeben. Sie haben dann das Ihrige gethan und Ihre Pflicht erfüllt.

In ein anderes Dilemma können Sie gerathen, wenn es sich um eine Operation handelt. Kann der unzweifelhaft Geisteskranke seine Zustimmung geben oder versagen, was so ziemlich der Frage gleichkommen würde, ob Sie überhaupt befugt sind, eine Operation an ihm vorzunehmen? Wo es sich um Lebensrettung und um einen unmittelbaren Eingriff handelt, werden Sie ja auch Geistesgesunde unter Umständen nicht erst um ihre Zustimmung fragen, in allen anderen Fällen aber thun Sie gut, sich der Zustimmung der Familie zu versichern und sich diese Zustimmung der Sicherheit halber schriftlich geben zu lassen. Die Herren Juristen haben ihre eigenen Ansichten, und man erlebt heutzutage nach dieser Richtung hin merkwürdige Dinge.

Das, meine Herren, wäre, was ich mir vorgenommen hatte, Ihnen über die allgemeine Behandlung der Geisteskranken zu sagen. Es ist mehr geworden, als ich gedacht, und trotzdem nur ein geringer Theil von dem, was zu sagen gewesen wäre. Hoffentlich wird Ihnen auch das Wenige die Möglichkeit gewähren, im gegebenen Falle das Richtige zu finden und dem Falschen aus dem Wege zu gehen.

6. VORLESUNG.

Das acute hallucinatorische Irresein (Amentia).

Von

A. Hoche,

Strassburg i. E.

Meine Herren! Während bei einer Gruppe von Geistesstörungen die Anomalien der Stimmung, bei einer anderen die quantitativen und qualitativen Störungen der Verstandesthätigkeit das Krankheitsbild beherrschen, kennen wir eine Reihe krankhafter psychischer Zustände, bei denen Trübung des Bewusstseins, Sinnestäuschungen und motorische Reizerscheinungen die charakteristischen und hauptsächlichsten Symptome darstellen. Die klinische Beobachtung, vor allem unter dem Gesichtspunkte der Zusammenfassung des nach Ursache, Verlauf und Ausgang Zusammengehörigen, hat uns gelehrt, dass die im Groben durch die eben genannten Symptome gekennzeichneten Zustände im Einzelnen ausserordentlich verschiedener Beurtheilung unterliegen müssen. Wir besitzen diagnostische Handhaben, um Fieberdelirien, Delirium tremens, epileptische Delirien, deliriumartige Zustände bei progressiver Paralyse u. s. w. von einander mit genügender Sicherheit unterscheiden zu können.

Schwieriger ist die differentialdiagnostische Unterscheidung der auf der gemeinsamen ursächlichen Grundlage der Erschöpfung durch irgend welche körperlichen Vorgänge erwachsenden hierhergehörigen acuten geistigen Störungen; die Auffassung, dass hier zwischen dem Collapsdelirium und dem acuten hallucinatorischen Irresein ein Unterschied nur in Bezug auf Stärke und Dauer der Erkrankung existire, drängt sich der unbefangenen Betrachtung überzeugend auf.

Ein langer und langsamer Entwicklungsgang, den wir an dieser Stelle nicht in allen Einzelheiten verfolgen können, hat dem acuten hallucinatorischen Irresein in der psychiatrischen Classification seine heutige Stellung angewiesen.

Alte Beobachtungen von *Esquirol* (1838), bei dem sich unter dem Sammelnamen „démence“ auch eine Beschreibung von Fällen acuter Verworrenheit findet, sind lange Zeit ohne Einfluss gewesen; die Geschichte

der uns hier beschäftigenden Krankheitsform gehört erst den letzten drei Jahrzehnten an *(Fürstner, Meynert, Fritsch, Wille* u. a.). Der allmähliche Sonderungsprocess, der dabei unter mannigfachem Wechsel der Benennung zunächst die Abgrenzung gegen Manie und acute Verrücktheit, dann die Abscheidung der symptomatischen Zustände von acuter Verworrenheit im Laufe anderer Psychosen betraf, findet heute seinen consequentesten Vertreter in *Kraepelin*, für den die reinen Fälle acuten hallucinatorischen Irreseins kaum $^1/_2$% seiner Aufnahmen ausmachen, eine Ziffer, deren Erklärung darin zu suchen ist, dass *Kraepelin* einen grossen Theil der Fälle mit dem Symptomenbild der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit dem circulären („manisch-depressiven") und dem katatonischen Irresein zuweist.

Im grossen und ganzen ist aber doch heute unter den Irrenärzten Einigkeit vorhanden über das, was als acutes hallucinatorisches Irresein zu bezeichnen ist; die Verschiedenheit der Namengebung (Amentia, acuter Wahnsinn, acute hallucinatorische Verworrenheit, acute Verwirrtheit u. s. w.) ist dabei nicht von principieller Bedeutung.

Wir rechnen zu dem acuten hallucinatorischen Irresein Fälle, bei denen sich nach vorausgehenden nachweislichen körperlichen oder seelischen Schädigungen acut ein Krankheitsbild von traumhafter Bewusstseinstrübung mit lebhaften Täuschungen aller möglichen Sinnesgebiete und motorischen Reizerscheinungen entwickelt, das in wenigen Monaten ablaufen kann, und trotz häufig bedeutender allgemeiner körperlicher Begleiterscheinungen, eine vorwiegend günstige Prognose bietet.

Das acute hallucinatorische Irresein ist hauptsächlich eine Erkrankung des jugendlichen und mittleren Lebensalters und trifft in grösserer Häufigkeit das weibliche Geschlecht; bei Kindern kommt es kaum vor: jenseits der Lebenshöhe wird es seltener, fehlt aber auch bei senilen Individuen nicht ganz. Bei letzteren würden die auf organischen Hirnveränderungen beruhenden Fälle von Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen nicht hierherzurechnen sein.

Unter den Ursachen steht die Erschöpfung so sehr im Vordergrunde, dass sie zur Umgrenzung des Krankheitsbegriffes herangezogen werden darf. Die erbliche Belastung spielt keine bedeutende Rolle, wenn auch natürlich stark hereditär disponirte Individuen der gleichen Schädlichkeit eher unterliegen werden, als solche, die diesen Einflüssen nicht unterstehen. Das acute hallucinatorische Irresein gehört demnach zu den erworbenen Geistesstörungen, eine Thatsache, die für die Vorbeugung, Behandlung und für die Heilungsaussichten von Bedeutung ist.

Die das gemeinsame Endergebniss der Erschöpfung herbeiführenden Dinge können im Einzelnen sehr verschiedener Art sein: Fieberhafte Erkrankungen, Blutverluste, Nahrungsmangel, ungenügender Schlaf, langdauernde Schmerzen u. s. w. Es ist ersichtlich, und die Erfahrung bestätigt es, dass das Wochenbett unter seinen Schädlichkeiten eine Reihe dieser Factoren besonders leicht gleichzeitig aufweisen kann, und es ist kein Zufall, dass die erste zusammenfassende Beschreibung des acuten hallucinatorischen Irreseins *(Fürstner)* sich auf Beobachtung an Puerperalkranken stützte. Neben diesen rein körperlichen Ursachen sind nun gemüthliche Schädigungen als gleichwerthig zu betrachten; zum Theil wirken dieselben

auf dem Umwege über körperliche Vorgänge, aus der Reihe der schon genannten, wie mangelnde Nahrungsaufnahme und Schlaflosigkeit; zum anderen Theil müssen wir ihnen einen selbständigen Einfluss zuschreiben. In Betracht kommen hauptsächlich Sorge, Gram, Reue, Liebeskummer, das dauernde nagende Missbehagen beim Leben unter drückenden oder kränkenden Verhältnissen u. dergl. mehr. Einmalige, heftige Gemüthsbewegungen, namentlich Schreck oder Angst in Lebensgefahr (Feuersbrunst, Nothzuchtsversuch) können als auslösendes Moment wirken in der Weise, dass die schon längere Zeit vorbereitete Störung nun plötzlich zum Ausbruch kommt. Welcher Art die von den vorbereitenden erschöpfenden Einflüssen geschaffenen cerebralen Veränderungen sind, können wir heute nicht einmal vermuthen; das wesentliche wird vielleicht in den Ernährungsverhältnissen der centralen nervösen Bestandtheile zu suchen sein (Störung des Stoffwechsels derselben durch giftige Bestandtheile im Kreislauf bei infectiösen Erkrankungen, Verbrauch von Substanz ohne Wiederersatz).

In der Regel lassen sich beim Beginne der eigentlichen Erkrankung länger dauernde Vorboten feststellen, die allerdings häufig erst nachträglich diese ihre Bedeutung erhalten; dieselben sind zum Theil so unbestimmter Art, dass sie ebensowohl als einfache Begleiterscheinungen der vorausgehenden schädlichen Einflüsse gelten können, aus denen sich nicht mit Sicherheit eine Psychose entwickeln musste. Hierher gehören Gefühle von Mattigkeit und Unlust zu jeder Arbeit, Kopfdruck oder ausgesprochene Kopfschmerzen, unruhiger, unerquicklicher, mit schweren Träumen belasteter Schlaf, gedrückte Gemüthslage, ängstliche objectlose Verstimmung, „Ahnungen" u. dergl.; bestimmtere Hinweise auf die nahende Geistesstörung geben dann einzelne psychische Anomalien: Ausgesprochene Angst, Hemmungen und Durchkreuzungen des Gedankenganges mit dem Gefühl des „sich nicht mehr Zurechtfindens", einzelne illusionäre Auffassungen oder Hallucinationen.

Der eigentliche Anfang der „Geistesstörung" kann von den Angehörigen nicht selten auf die Stunde oder wenigstens Tageszeit angegeben werden. Aus dem Schlafe heraus oder am Tage beginnen plötzlich in stürmischer Weise die psychisch abnormen Erscheinungen. Die Orientirung über die Umgebung geht verloren, Sinnestäuschungen auf allen Sinnesgebieten treten auf, die sehr rasch zu wahnhaften Deutungen führen und damit lebhafte Affecte, Angst, Erregung erzeugen.

Die Sinnestäuschungen sind meist unangenehmer, erschreckender Art; die Kranken hören bedrohliche Zurufe, die Tritte marschirender Soldaten, Schiessen, Donnern, Glockenläuten; sie sehen Fratzen, Schlangen, Hexen, Teufelsfiguren, Feuerschein, untergehende Schiffe, die Gebäude wanken und stürzen ein, die Erde geht unter; sie riechen Brandgeruch, Blut, Schwefel, Verwesungsdünste; sie fallen in unabsehbare Tiefen, schweben über Abgründen oder liegen gefesselt in unterirdischen Höhlen, zwischen Leichen, in Schneefeldern. Dazwischen schieben sich religiöse Bilder ein; der Himmel öffnet sich; blendender Glanz ergiesst sich; schwebende Figuren erscheinen. Der Inhalt dieser Täuschungen ist ein ausserordentlich reicher und in rascher Folge wechselnder; was die genesenden Kranken davon anzugeben wissen, ist nur der kleinste Theil des Erlebten, in ähnlicher Weise, wie es uns mit unseren Träumen ergeht. Die allgemeine Richtung der Sinnestäuschungen kann man häufig aus dem Verhalten der Kranken erschliessen, die entweder in starrem Schrecken passive Zuschauer der ge-

sehenen Greuel sind, oder Fluchtversuche, Abwehrbewegungen machen, gewaltthätige Handlungen begehen oder auch in religiöser Verzückung verharren.

Die Wahnideen der Kranken erfahren keine festere Ausbildung zum Theil wegen des raschen Wechsels der grossentheils von den Sinnestäuschungen abhängigen Vorstellungen, zum Theil auch wegen der gleich zu erwähnenden selbständigen Denkstörung; indessen gehen doch manchmal einzelne wahnhafte Auffassungen und Deutungen (z. B. von Personen) als bleibende Bestandtheile durch die ganze Krankheitsdauer hindurch.

Die Stimmung der Kranken ist eine sehr wechselnde, ängstliche, reizbare, öfters gehobene.

Die motorische Erregung, die sich in der mannigfachsten Weise äussert, ist nur zum Theil eine Reaction auf Sinnestäuschungen oder Vorstellungen unangenehmen Inhalts; zum grösseren Theil haben wir in ihr den selbständigen Ausdruck des krankhaften Gehirnprocesses zu sehen, also eine den übrigen Krankheitssymptomen coordinirte Erscheinung.

Das Gleiche gilt von der Unfähigkeit zur Orientirung, der Verworrenheit, die nicht, wie man wohl hie und da angenommen hat, allein durch die verwirrende Fülle von Sinnestäuschungen zustande kommt. Die Verworrenheit ist unabhängig von Sinnestäuschungen, Stimmung und Erregung; in Zeiten ganz ruhigen und äusserlich geordneten Verhaltens ist sie ebenso zu beobachten, wie an den Tagen stürmischer, hallucinatorischer Erregung. Verschiedenes wirkt zusammen, um das Endergebniss der Verworrenheit zustande kommen zu lassen. Die Wahrnehmung der Vorgänge in der Aussenwelt ist ungestört; aber das Verständniss für das Wahrgenommene fehlt; die Identificirung mit den früheren Erinnerungsbildern findet nicht oder unvollkommen statt; die helfenden Associationen, die der einzelnen Wahrnehmung ihre Stelle anweisen, treten nicht ein. Das Resultat davon ist, dass der Kranke seine eigene, ihm sonst völlig geläufige Umgebung nicht erkennt, die harmlosesten Vorgänge missdeutet, dass sich schliesslich ein Zustand vollkommener Rathlosigkeit entwickelt. Natürlich unterstützen illusionäre Deutungen diesen Vorgang. Daneben besteht eine andere Störung der Denkthätigkeit, die als „Ideenflucht" in die Erscheinung tritt; die Kranken sind äusserst ablenkbar; zufällige Wahrnehmungen kreuzen den Gedankengang, in dem häufig, namentlich im Anfange der Krankheit, Erinnerungen an gemüthlich erregende Vorgänge aus der Zeit vor der Psychose auftauchen. Klangähnlichkeiten, Alliterationen bestimmen das Auftreten störender Vorstellungen, so dass die Kranken selten zu zusammenhängenden Aeusserungen imstande sind. Diese letzteren psychischen Anomalien in Verbindung mit gehobener Stimmungslage und Bewegungsdrang erzeugen Krankheitsbilder, die mit der manischen Erregung eine sehr grosse, wenn auch nur äusserliche Aehnlichkeit besitzen.

(Fälle, in denen die Unbehilflichkeit der sprachlichen Aeusserung, die Unfähigkeit, Gegenstände zu benennen, der Gebrauch gewundener Umschreibungen besonders deutlich war, hat *Meynert* mit dem Namen der „pseudaphasischen Verwirrtheit" bezeichnet; eine principielle Besonderheit ist darin nicht zu erblicken.)

Das von allen diesen Störungen beeinflusste Benehmen der Kranken ist nun auch ein sehr wechselndes; der Gesichtsausdruck spiegelt die jeweilige, rasch wechselnde Stimmung wieder; sie flüstern vor sich hin,

lachen plötzlich, werfen sich auf den Boden, nesteln an ihren Kleidern, singen oder tanzen; im nächsten Augenblicke vielleicht zeigt sich lebhafte ängstliche Erregung; sie verdecken die Augen, fliehen in die Ecke mit allen Zeichen des Abscheues oder der Angst. Die Personen ihrer Umgebung verkennen sie, legen ihnen in zärtlicher Weise die Namen von Angehörigen bei; der Arzt, der in die Zelle tritt, ist ihr Bruder, Christus, oder Faust, der zu Gretchen in den Kerker kommt, und wird entsprechend begrüsst. Dann wieder kommen plötzliche Gewaltthätigkeiten, Schlagen, Treten, Einschlagen von Fensterscheiben, Zerreissen des Bettes, der Kleider u. s. w. Der Schlaf leidet dabei regelmässig stark Noth; die Erregung ist häufig vom Beginn der Dunkelheit an am stärksten, und die Schlaflosigkeit kann, wenn die Behandlung nicht entsprechend eingreift, wochenlang andauern. Dazwischen schieben sich Stunden und Tage stummen, regungslosen Verhaltens ein; die Kranken sitzen in einer Ecke, stehen mit abgewandtem Gesichte an der Wand, rühren sich nicht auf ihrer Lagerstätte. Das schliesst nicht aus, dass im nächsten Augenblicke eine lebhafte motorische Explosion die Scene total verändert.

Einzelne Autoren beschreiben bei der acuten Verworrenheit ein Zustandsbild länger dauernden völligen Stupors, mit statuenhafter Haltung, Widerstreben gegen jede passive Manipulation der Pflege, mit Flexibilitas cerea der Glieder u. s. w. *Kraepelin* stellt im Gegensatz dazu die Lehre auf, dass ein grosser Theil der landläufig zu Amentia gerechneten Fälle, nämlich die mit den katatonischen Symptomen des Negativismus, der Katalepsie, der Befehlsautomatie, nur symptomatische Aehnlichkeit mit derselben zeigen, dass sie ihrem Wesen nach aber zu den Verblödungsprocessen, speciell zur Dementia praecox zu rechnen seien. Bei der Darstellung dieser letztgenannten Form wird auf diese Frage zurückzukommen sein.

Eine besondere Form des acuten hallucinatorischen Irreseins hat *E. Beyer* abzugrenzen versucht, die bei Frauen im klimakterischen Alter auftritt, durch relativ kurze Dauer, geringere Ausbildung der Sinnestäuschungen und gute Prognose gekennzeichnet ist, und nicht immer den ätiologischen Factor der Erschöpfung aufweist.

Der Verlauf des acuten hallucinatorischen Irreseins ist regelmässig ein schwankender; der rasche, oft in Stunden sich vollziehende Wechsel zwischen vollkommener Verwirrtheit und klarer Auffassung ist charakteristisch für diese Form der Geistesstörung; den Unkundigen erfüllt eine solche rasche „Aufhellung" mit einer, wie der weitere Verlauf sehr bald zu zeigen pflegt, trügerischen Freude. Die definitive Wendung zum Besseren pflegt keine plötzliche zu sein; im Gegentheil ist vielfach die psychische Genesung eine äusserst protrahirte; wenn auch die stürmischen Erscheinungen abgelaufen sind, pflegt es noch lange zu dauern, bis die Kranken die volle Orientirung über ihr Verhältniss zur Aussenwelt wieder gewinnen und bis die Stimmung gleichmässig und einigermaassen gefestigt wird. Es wird den Kranken, die sich beim Auftauchen aus dem Zustande der Verworrenheit in der Heilanstalt in einer ihnen völlig fremden Umgebung wiederfinden, während Erinnerungen aus der früheren gesunden Zeit mit den Resten der Wahnideen aus der Zeit der krankhaften Periode durcheinandergehen, sehr schwer, die volle Klarheit zu gewinnen, und es ist in vielen Fällen eine Abkürzung dieser Uebergangszeit, wenn man die Entlassung aus der An-

staltsbehandlung zwar bis zur körperlichen Genesung, aber nicht bis zur vollen geistigen Wiederherstellung hinausschiebt. Erfahrungsgemäss werden die Kranken häufig in ihren gewohnten häuslichen Verhältnissen rascher klar, als in der Anstalt. Voraussetzung für eine solche therapeutische Entlassung muss natürlich sein, dass das körperliche Befinden, für das wir in dem Verhalten des Gewichtes einen wesentlichen Anhaltspunkt haben, ein günstiges ist, und dass keine Sinnestäuschungen mehr vorhanden sind. Uebrigens ist anzunehmen, dass bei dieser verzögerten geistigen Aufhellung nicht allein die äusseren Umstände eine Rolle spielen; die tiefe Störung des psychischen Mechanismus, vor allem der associativen Leistungen, bedarf augenscheinlich, auch nach Abklingen der lebhafteren Reizerscheinungen, einer längeren Zeit bis zu ihrer völligen Ausgleichung, die in ungünstigen Fällen jahrelang auf sich warten lassen kann.

Die langdauernde Mischung von Klarheit und Verworrenheit, das Ideenflüchtige und Abspringende des Gedankenganges, die Einmengung von wahnhaften Erinnerungen spricht sich besonders in den Schriftstücken der Kranken aus. Nachstehend als Beispiel der Brief einer Kranken im Stadium der Genesung von acutem hallucinatorischen Irresein:

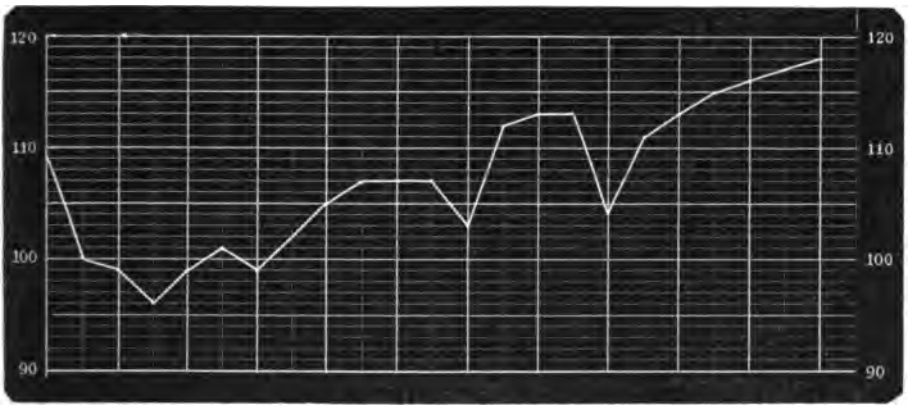
„Liebe Eltern und Geschwister! Ich hätte auch einmal eine Bitte, denn ich möchte auch einmal wissen, wie es daheim bei Euch geht. Seid Ihr alle gesund? und wie geht es in der neuen Werkstatt? wie geht es meiner kleinen Schwester Sophie, ist sie noch gesund und munter? Wann wird der Peter von Amerika kommen; ich möchte ihn auch gern einmal sehen; ich habe nämlich gehört, dass er der erste Consul in Amerika über Germania gesetzt sei. Ich seine Schwester sei vor Wahnsinn gestorben, noch lange nicht! Du kennst mein Herz noch lange nicht, noch lange; Du kennst mein Sinn, und Singverein, Nr. 42, Militärverein. roth, blau und grün. Ich wünsche Euch einen heiteren Frühling, dass Eure Arbeit gedeihen möge. Ich will mein Schreiben schliessen. Viele Grüsse an meine Freundinnen und Kameraden und von allen Ländern Soldaten und unseren lieben Grossherzog von Karlsruhe, auch seinen jüngsten Bruder, Hermann I., deutscher Kaiser in Baden. Viele Grüsse Euch Allen; gute Nacht; schlafet wohl und gesund, bis ich wieder auch einmal komm, wann ich komm, wenn ich komm, wann ich wiederum komm, kehr ich mit meinem Schätzel auch einmal ein. Ade, ade, Scheiden thut weh."

Unter den körperlichen Begleiterscheinungen sind regelmässig vorhandene nervöse Symptome nicht zu verzeichnen; es findet sich wohl flüchtige Differenz in der Pupillenweite bei guter Reaction, Tremor in Zunge und Händen, leichte Veränderungen der reflectorischen Erregbarkeit u. dergl., ohne dass diese Dinge diagnostische Bedeutung hätten. Die sonstigen somatischen Veränderungen sind dieselben, die sich entweder in Zuständen getrübten Bewusstseins oder bei lebhafter motorischer Erregung vorfinden — Steigerung der Pulsfrequenz, Fötor ex ore, trockene Haut, leichte Temperatursteigerungen u. s. w. Die Bedeutung der gelegentlich vorkommenden Albuminurie ist nicht sicher. Einmal habe ich eine acute, vorübergehende Lungenblähung beobachtet; die Lungengrenzen waren in Zeiten starker Erregung mit tagelangem Schreien zwei Querfinger breit abwärts gerückt. Die Menses können während der Krankheitsdauer vollkommen cessiren, ihre Wiederkehr, zusammen mit Gewichtszunahme darf gewöhnlich als ein prognostisch günstiges Zeichen gelten.

Das Körpergewicht erleidet bei dem acuten hallucinatorischen Irresein bedeutende Veränderungen; Gewichtsschwankungen von im ganzen

20—30 Pfund sind keineswegs eine Seltenheit. Meist ist das Gewicht der Kranken, wenn sie in klinische Beobachtung kommen, unter dem Einfluss der die Psychose vorbereitenden Schädigungen, schon unter dem gerade diesem Individuum eigenen Normalsatze. Die starke motorische Erregung in Verbindung mit Schlafmangel und unzulänglicher Nahrungsaufnahme wird dann Ursache rapiden Sinkens (vergl. die untenstehende Curve). Entsprechend den erwähnten lebhaften Schwankungen in den psychischen Krankheitserscheinungen zeigt das Gewicht ein gewöhnlich mehrfach wiederholtes Auf und Nieder, bis dann schliesslich ein dauerndes Ansteigen ohne Schwankungen die Genesung begleitet. Die Erfahrungen über das Verhalten des Gewichtes bei Geistesstörungen überhaupt, nicht nur bei der uns hier beschäftigenden Form der Störung, nöthigen uns zu der Annahme, dass dasselbe nicht allein von dem Verhältniss zwischen Stoffaufnahme und Verbrauch bestimmt wird, sondern dass dabei unbekannte centrale Einflüsse eine wesentliche Rolle spielen. So kann man bei der acuten Verworrenheit

Fig. 1.



Curve des Körpergewichtes in einem günstig verlaufenden Falle von acutem hallucinatorischen Irresein. (Die Verticalen bezeichnen Wochenabschnitte.)

beobachten, dass das Gewicht in den Zeiten anscheinender Besserung, die aber der weitere Verlauf doch als eingeschobene Remissionen kennzeichnet, trotz körperlich ruhigen Verhaltens und guter Nahrungsaufnahme nicht ansteigt, während andererseits prognostisch günstig zu beurtheilende Gewichtszunahmen eintreten, ohne dass in motorischer Erregung u. s. w. ein Nachlass eingetreten wäre. Diese Erscheinungen sind bei dieser Form so häufig, dass man daraus für die Vorhersage die Regel ableiten kann, Besserungen im psychischen Bilde nur dann zu trauen, wenn sie von Gewichtszunahme begleitet werden, und — wenigstens bei acutem Verlaufe — regelmässiges Steigen des Gewichtes als ein Zeichen dafür anzusehen, dass nun auch bald in den psychischen Symptomen eine Wandlung zum Besseren bevorsteht. Das mit der vollen Genesung erreichte Körpergewicht überschreitet häufig nicht nur das im Krankheitsbeginn vorhandene, sondern auch die durchschnittliche Gewichtshöhe aus früheren gesunden Tagen um ein Beträchtliches. Es kann Jahre lang dauern, bis allmählich das normale Gewicht wieder erreicht wird.

Eine pathologische Anatomie des acuten hallucinatorischen Irreseins existirt nicht; die makroskopischen Befunde am Gehirn sind inconstant; wir wissen auch nicht, ob sie mit dem psychischen Krankheitsprocesse etwas zu thun haben. Auch die mikroskopische Untersuchung, speciell die der Ganglienzellen *(Nissl)*, die eine Zeitlang Erfolge zu versprechen schien, hat bisher keine sicheren Ergebnisse zu verzeichnen. Es ist auch kaum zu erwarten, dass darin in bestimmbarer Zeit Wandel eintreten wird.

Was die Diagnose anbetrifft, so ist die Erkennung eines Zustandes von Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen, wenn man sich mit dieser Feststellung begnügt, allerdings ziemlich leicht; schwerer ist die weitere differentialdiagnostische Scheidung der verschiedenen möglicherweise in Betracht kommenden Zustände. Collapsdelirium und hallucinatorische Verworrenheit unterscheiden sich wohl nur durch die Dauer; eine Differentialdiagnose ist daher ganz im Anfang der Erkrankung nicht möglich. Das Delirium tremens ist an seinen charakteristischen Merkmalen zu erkennen; für die Annahme eines symptomatischen Delirs im Verlaufe einer progressiven Paralyse ist in erster Linie der Nachweis der organisch-nervösen Symptome in Verbindung mit der Anamnese (vorausgehende psychische allmähliche Veränderung, Schwachsinn) entscheidend. Die Erkennung des epileptischen Charakters eines Zustandes von Verworrenheit mit Sinnestäuschungen wird erleichtert, wenn die Anamnese vorausgehende epileptische Anfälle in irgend einer Form ergibt, oder wenn die Untersuchung Spuren überstandener Anfälle erkennen lässt; letzteres Merkmal ist mit Vorsicht zu verwerthen in Anbetracht der grossen Häufigkeit, mit der auch Kranke mit acutem hallucinatorischen Irresein sich allerhand Verletzungen zuziehen. Die Möglichkeit, aus der Analyse der im Momente vorhandenen psychischen Erscheinungen heraus ein epileptisches Delirium von einer acuten hallucinatorischen Verworrenheit (resp. einem Collapsdelirium) zu unterscheiden, wird von den einen bestritten (z. B. von *Sommer*), von anderen behauptet (z. B. von *Kraepelin*). Letzterer sieht unterscheidende Merkmale in dem Fehlen der Ideenflucht und dem nicht triebartigen, sondern durch Angstaffecte oder Vorstellungen bedingten Bewegungsdrang beim epileptischen Delirium. Auf das Verhältniss der acuten hallucinatorischen Verworrenheit zu den Erregungszuständen bei der „Katatonie“ wird in der Vorlesung über Dementia praecox zurückzukommen sein. Schwierigkeiten kann auch die Entscheidung der Frage haben, ob ein manisches Zustandsbild der echten Manie, resp. dem circulären Irresein oder der Verworrenheit angehört. Die Unterscheidung hat davon auszugehen, dass bei der Manie die Störung der Auffassung und der Denkthätigkeit nicht den Grad erreicht, wie bei der acuten Verworrenheit, und dass bei letzterer motorische Erregung und Unfähigkeit zur Orientirung absolut nicht parallel laufen. Beim circulären Irresein finden sich auch periodisch wiederkehrende Zustände hallucinatorischer Erregung mit Bewusstseinstrübung, die dem Krankheitsbilde der Amentia durchaus ähnlich sein können; der anamnestische Nachweis des periodischen Charakters wird die Unterscheidung erleichtern. In allen Fällen fällt der nachweisbare Factor vorausgehender Erschöpfung durch irgend eine Ursache aus der Reihe der aufgezählten ins Gewicht zu Gunsten der Annahme, dass ein zweifelhafter Zustand von Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen, wenn er wochenlang besteht, zum acuten hallucinatorischen Irresein zu rechnen ist.

Die im ganzen günstige Prognose wird durch eine Reihe von Umständen im einzelnen Falle getrübt.

Zunächst ist die Selbstmordgefahr zu beachten; wenn auch der Zustand des Bewusstseins ein planmässig angelegtes Suicidium nicht wahrscheinlich macht, so ist doch die oft sehr lebhafte Angst als ein immer zum Selbstmord disponirendes Moment anzusehen; wie absichtliche Selbsttödtung kann aussehen, was einfach ein Verunglücken ist, wenn z. B. Kranke wegen mangelnden Orientirungsvermögens aus dem Fenster stürzen oder in ähnlicher Weise um das Leben kommen.

Ein ungünstiger Ausgang kann weiterhin durch den Zustand des Herzens verursacht werden, wenn es der Behandlung nicht mehr gelingt, den gesunkenen Ernährungszustand rechtzeitig zu heben oder die motorische, unausgesetzte Erregung zu beseitigen. Im übrigen disponirt das letztere Moment zu chirurgischen Complicationen, Phlegmonen, Hämatomen u. s. w.; auch die Gefahr der Fettembolie ist nicht gering, wenn durch rücksichtslose motorische Bethätigung Unterhautfettgewebe zertrümmert wird und in den Kreislauf gelangt.

Die quoad vitam im ganzen günstige Vorhersage gilt auch für die Wiederherstellung der geistigen Persönlichkeit. Wenn es auch jahrelang dauern kann, bis die letzten Spuren der schweren Geistesstörung in Gestalt von schweren Träumen, Empfindlichkeit gegen Hitze und Alkohol, labile Stimmung, geistige Ermüdbarkeit u. dergl. verschwinden, so ist doch auch in dieser Hinsicht der günstige Ausgang die Regel, wenigstens bei Fällen, die rechtzeitig die geeignete Behandlung erfahren haben. Es ist wohl sicher, dass Fälle, die den Ausgang in rasch eintretende Verblödung nehmen, der Amentia nicht zuzurechnen sind; es besteht dann die Wahrscheinlichkeit, dass es sich von vorneherein um einen Verblödungsprocess handelte, in dessen Verlaufe das symptomatische Bild einer acuten hallucinatorischen Verworrenheit aufgetreten ist.

Die Behandlung ist mehr wie bei vielen anderen geistigen Anomalien in der glücklichen Lage, der causalen Indication gerecht zu werden. Zunächst handelt es sich darum, den fast ausnahmslos stark gesunkenen Ernährungszustand zu heben. Da die Nahrungsaufnahme nicht immer freiwillig stattfindet, selten aber eine regelmässige und gleichmässige ist, soll frühzeitig die Sondenfütterung in ihre Rechte treten. Man darf dieselbe nicht als ultima ratio betrachten; dauernd reichliche Ernährung, am besten Luxusernährung, ist das hauptsächlichste Heilmittel bei allen auf Erschöpfung beruhenden Geistesstörungen, und das ist, mindestens im Anfange der Erkrankung, häufig nur durch Sondenfütterung zu erreichen. Man benützt zu derselben Milch, dicke Suppen, Eier, Zucker; Zusatz von Alkohol (Cognac) ist durchaus empfehlenswerth und wird in diesen Fällen auch von Anhängern strenger Abstinenz zugegeben. Gleichzeitig werden die eventuell zu verordnenden Arzneimittel beigefügt. Bei drohendem Collaps infolge Nahrungsverweigerung sind Kochsalzinfusionen unter die Haut ein sehr empfehlenswerthes Mittel, um die Herzkraft zu heben, bis die Wirkung der einzuleitenden künstlichen Ernährung eintreten kann. Neben der Ernährung handelt es sich darum, den Kräfteverbrauch auf das mögliche Mindestmaass herabzusetzen, Beruhigung herbeizuführen. Die in jedem Falle zu versuchende Bettbehandlung ist häufig nicht durchzuführen;

Dauerbäder pflegen aber eine günstige Wirkung auszuüben. Solange es möglich ist, ohne Medicamente auszukommen, ist das natürlich vorzuziehen; Dosen, die die hohen Grade der Erregung zu beruhigen vermöchten, finden gewöhnlich doch in dem Zustande des Herzens eine Gegenindication, und kleine Gaben bleiben erfolglos. Wenn die starke Erregung nachlässt und das allgemeine körperliche Befinden sich hebt, können, bei gleichzeitiger guter Nahrungsaufnahme, Schlafmittel nützlich sein. Zu den Beruhigungsmitteln gehört auch die Isolirung, die für die Kranken die Reibungsfläche der Aussenwelt gegenüber vermindert und ihnen eine ganze Menge von Sinneseindrücken (den Anblick von Mitkranken, therapeutische Proceduren an anderen u. s. w.) vorenthält, die in krankhafter Weise weiter verarbeitet werden würden und nicht selten zu neuen Erregungen Anlass geben.

Zum Schlusse ein paar Worte über die gerichtsärztliche Bedeutung des acuten hallucinatorischen Irreseins. Die häufig in hohem Maasse ängstliche Stimmung in Verbindung mit erschreckenden Sinnestäuschungen bei gleichzeitig vorhandener Trübung des Bewusstseins bedingt bei den Kranken für die Umgebung eine nicht immer geringe Gefahr. Dieselbe wird dadurch vermindert, dass sie meist nicht lange besteht, weil gewöhnlich die Bedrohlichkeit des ganzen Zustandes sofort eine Verbringung in eine Anstalt nothwendig macht, und dass ausserdem die Körperkräfte der Kranken vielfach schon beim Auftreten der stürmischen psychischen Erscheinungen so zurückgegangen sind, dass sie verhältnissmässig leicht an gefährlichen Handlungen verhindert werden können. Die Begutachtung gegebener Fälle wird kaum jemals besondere Schwierigkeiten machen. Für die Zeit der ärztlicherseits feststellbaren Krankheitsdauer sind, ohne dass ein weiterer Nachweis im Einzelnen nothwendig wäre, die Voraussetzungen des Strafgesetzbuches für die Unzurechnungsfähigkeit (§ 51) erfüllt; das Gleiche muss für die etwa nur stunden- oder tagelang andauernden Remissionen anerkannt werden und ebenso für die dem Auftreten des acuten hallucinatorischen Zustandes unmittelbar vorausgehende Zeit. Für eine That, die bei einem durch körperliche oder gemüthliche Schädlichkeiten erschöpften Gehirne kurz vor dem plötzlichen Ausbruch heftiger psychischer Störungen, wenn auch noch anscheinend in geistiger Gesundheit verübt wurde, ist nicht die Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass sie ohne Beeinflussung durch die bereits bestehenden krankhaften Bedingungen des Centralorganes erfolgt sei. Das Gleiche gilt, mutatis mutandis, für die seltenen Gelegenheiten, dass bei einem acut an hallucinatorischer Verworrenheit erkrankten Individuum civilrechtliche Fragen zu entscheiden wären.

7. VORLESUNG.

Ueber Dementia praecox.

Von

A. Hoche,

Strassburg i. E.

Meine Herren! Der Name „Dementia“ bezeichnet im Gegensatz zu „Imbecillität“ oder „Idiotie“, worunter man geringere und höhere Grade angeborenen Schwachsinnes versteht, einen Zustand erworbener geistiger Schwäche. Gegenüber der „Amentia“ bedeutet die „Dementia“ dauernde und in der Regel unheilbare geistige Ausfallserscheinungen.

Demenz in diesem Sinne stellt bei einer Reihe von Krankheiten den gesetzmässigen Ausgang dar (Dementia paralytica, Dementia senilis), bei anderen kann sie eintreten oder ausbleiben. Die Dementia praecox, mit der wir uns heute hier beschäftigen wollen, ist ein erst in den letzten Jahren *(Kraepelin)* aufgestellter, vorläufig — wenigstens in Bezug auf die Ausdehnung — nicht allgemein anerkannter Krankheitsbegriff, der eine Anzahl geistiger Erkrankungsformen von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus zusammenfassen will. Das Gemeinsame daran ist, wenn wir von den psychologischen Eigenthümlichkeiten zunächst einmal absehen, die Entwicklung der Krankheit in der ersten Lebenshälfte und der Ausgang in geistige Schwäche. Diese geistige Schwäche, diese Demenz erhält zur Kennzeichnung ihres Auftretens in einem Lebensalter, dem sonst noch eine Weiterentwicklung der geistigen Fähigkeiten eigen ist, und im sprachlichen Gegensatz zu den anderen genannten Formen von Demenz das Attribut „praecox“ (vorzeitig).

Das Gebiet der Dementia praecox ist zur Zeit in der klinischen Psychiatrie das vielleicht am meisten umstrittene; es vergeht kaum eine grössere Versammlung von Irrenärzten, ohne dass der Widerstreit der Meinungen mit Lebhaftigkeit, ja oft mit Schärfe zum Ausdruck käme; die Veranlassung dazu gibt immer wieder der Umstand, dass der Begriff der Dementia praecox in dem neuerdings aufgestellten Umfange auch Krankheitszustände umfasst, die man bisher in verschiedenen anderen Fächern unterzubringen gewohnt war; die Nothwendigkeit und Berechtigung der Neueinordnung dieser Krankheitsbilder wird von der einen Seite eben so energisch behauptet, wie von der anderen bestritten.

Das Vorhandensein so lebhafter activer Meinungsverschiedenheiten auf psychiatrisch-klinischem Gebiete kann nur derjenige bedauern, der die lange Zeit herrschende resignirte Bescheidenheit und Zufriedenheit in Bezug auf die Classification der Geistesstörungen für einen wünschenswerthen Zustand ansieht. Ob der von *Kraepelin* aufgestellte Begriff der Dementia praecox mit seinen Merkmalen und gerade in dieser Abgrenzung dauernder Besitz der Psychiatrie sein wird, ist zweifelhaft; jedenfalls kann der unbefangene Zuschauer die Thatsache nicht leugnen, dass die Bestrebungen, als deren eines Ergebniss die Dementia praecox erscheint, schon jetzt eine merkliche Belebung des allgemeinen Interesses an klinischer Psychiatrie hervorgebracht und auch solche Kreise zur Mitarbeiterschaft angeregt haben, die bisher in dem bequem eingefahrenen Geleise gewohnheitsmässiger Classification weiterzogen. Es ist bei den Erfahrungswissenschaften immer ein Zeichen des Fortschrittes, wenn scheinbar festliegende Grenzen unsicher werden und ein scheinbar sicherer Besitz unter den Händen zu zerfliessen droht. Angesichts der ungeheuren Complicirtheit der realen Verhältnisse hat jedes einfache und glatte Schema von vornherein den Verdacht gegen sich, dass es der Wirklichkeit nicht entspricht. Jede klinische Wissenschaft zeigt Belege dafür, dass ein Fortschreiten nur möglich ist um den Preis des Zertrümmerns altgefügter Formen; auf dem neurologischen Nachbargebiete ist ein in dieser Hinsicht lehrreiches Beispiel die Entwicklung der Lehre von den Myopathien. Der Besitz fertig vorhandener Fächer lähmt erfahrungsgemäss leicht die klinische Weiterarbeit; die Bequemlichkeit verführt dazu, neue Beobachtungen mit Vernachlässigung ihrer kleinen Abweichungen unter den bereitliegenden Etiketten einzuordnen; wenn aber alles zu wanken scheint, wird auch der Bequeme genöthigt, selber zu prüfen. Von diesem historischen Standpunkte aus ist auch die Discussion über die Dementia praecox als ein glückliches Zeichen des Fortschrittes zu betrachten. — Diese kurz skizzirte Sachlage erschwert aber andererseits eine Lehrdarstellung der Dementia praecox in hohem Maasse; es ist augenblicklich nicht möglich, in dogmatischer Form darüber zu schreiben; die folgende Darstellung wird sich deswegen auf den Versuch beschränken, in kurzen Zügen die heutige Lage der ganzen Frage zur Anschauung zu bringen.

Der Entwicklungsgang, der zur Aufstellung des Begriffes der Dementia praecox geführt hat, ist nicht ohne Vorbild in der Geschichte der Irrenheilkunde. Die wesentlichsten Fortschritte, welche die klinische Erkenntniss der Seelenstörungen zu verzeichnen gehabt hat, sind auf dem Wege zustande gekommen, dass man zwischen symptomatischen Zustandsbildern und in sich einheitlichen Krankheitsformen zu unterscheiden gelernt hat. Das classische Beispiel dafür, welches immer wieder zur Nachahmung anregt und auch bei der Aufstellung der Dementia praecox als Vorbild vorgeschwebt hat, ist die Entwicklung der Lehre von der Dementia paralytica. Es gibt kaum eine Aeusserungsform geistiger Störung, die nicht im Verlaufe eines Falles von progressiver Paralyse auftreten könnte; wir kennen so melancholische Depressionen, manische Erregung, Delirien, Wahnbildungen u. s. w. bei Paralyse, die trotz anscheinender symptomatischer Uebereinstimmung mit einfacher Melancholie, Manie u. s. w. unsere sichere Ueberzeugung nicht erschüttern, dass wir in ihnen nur episodische Ereig-

nisse und für die Gesammtdiagnose der Krankheit unwesentliche Verlaufsabschnitte zu sehen haben. Körperlich nervöse begleitende Symptome und, im psychologischen Bilde, die Entwicklung einer fortschreitenden Demenz stellen die Diagnose sicher und lassen die genannten Zustandsbilder als nicht gesetzmässige Verlaufseigenthümlichkeiten erscheinen, die für das Wesen der Krankheit nicht von Bedeutung sind. Bestätigt wird dann unsere Annahme einer in sich geschlossenen Krankheitsform durch den allen Fällen gemeinsamen tödtlichen Ausgang und einen gesetzmässig wiederkehrenden pathologisch-anatomischen Befund. So günstige Verhältnisse wie bei der progressiven Paralyse liegen nun für die pathogenetische Auffassung leider bei keiner anderen Form geistiger Störung vor. Sichere pathologisch-anatomische Befunde am Centralnervensystem sind uns nur in verschwindend kleiner Zahl bekannt, die Ausgangsmöglichkeiten sind viel mannigfaltiger, bestimmte begleitende körperliche Erscheinungen sind viel weniger regelmässige Bestandtheile des Krankheitsbildes. So kommt es, dass sehr viele Stellen des klinisch-psychiatrischen Lehrgebäudes deswegen Gegenstand widerstreitender Erörterungen über die systematische Stellung der einzelnen Bilder geistiger Erkrankung sind, weil es eben jedem Beobachter frei steht, welche Gesichtspunkte er als die für die Abgrenzung maassgebenden anerkennen will.

Ein Blick in irgend ein Lehrbuch der Psychiatrie zeigt, mit welchen heute noch unlösbaren Schwierigkeiten jeder Versuch, die Geistesstörungen von einheitlichen Gesichtspunkten aus zu gruppiren, zu kämpfen hat. Bald ist das Gemeinsame für eine Anzahl von Krankheitsbildern die Aetiologie, z. B. der Alkoholismus oder die körperliche Erschöpfung, bald der periodische Verlauf, d. h. die scheinbar spontane oder doch ohne entsprechenden Anlass erfolgende mehrfache Wiederholung der Störung im Laufe des Lebens, bald die Abhängigkeit von Neurosen u. s. w. Den neuesten Versuch einheitlicher Zusammenfassung bisher nicht für zusammengehörig gehaltener Krankheitsbilder auf Grund eines in den grossen Zügen übereinstimmenden Verlaufes, gemeinsamer psychologischer Merkmale und gleichen Ausgangs sehen wir in der Aufstellung der „Dementia praecox“ vor uns.

Im Vergleiche mit der sicheren Stellung der Dementia paralytica bietet nun die Dementia praecox für eine ihre Existenzberechtigung bestreitende Erörterung viel mehr Angriffsfläche. Kein einheitlicher anatomischer Befund, kein gesetzmässiger Ausgang zwingt zu der Anerkennung der Zusammengehörigkeit der Krankheitsbilder, die *Kraepelin* und seine Schule unter dem neuen Namen vereinigt haben; vor allem die auch von *Kraepelin* anerkannte Thatsache, dass an die volle Heilung heranreichende Wiederherstellungen vorkommen, kann gegen die Zugehörigkeit solcher Fälle zu einer mit „Demenz“ bezeichneten Form ins Feld geführt werden.

Ein Beispiel zeigt leicht, in welcher Richtung sich die schwebenden Differenzen bewegen, auf die wir unten im einzelnen ausführlicher zurückzukommen haben. Am durchsichtigsten ist das Verhältniss der neuen zu der alten Auffassung bei manchen mit chronischer Wahnbildung einhergehenden Fällen geistiger Erkrankung im jugendlichen Alter, die des Wahnsystemes wegen bisher als Paranoia bezeichnet werden und des Endresultates wegen das Attribut erhalten: „mit Ausgang in geistige Schwäche“; die neue Auffassung hält das Erkranken im jugendlichen Alter und die schliessliche

Verblödung für das Wesentliche und Unterscheidende, und sieht in der Bildung von Wahnideen nur ein symptomatisches Element, das ebensogut durch etwas anderes, z. B. eine hallucinatorische Erregung, hätte ersetzt werden können, ohne dass dadurch an der Gesammtauffassung des Krankheitsprocesses als einer Frühverblödung etwas geändert würde. Dort also ist der Fall eine Paranoia mit der zufälligen Verlaufsart des Verblödens, hier ein von vornherein zur Verblödung führender Process mit der zufälligen Verlaufsart der Bildung von Wahnideen. Die gleichen Differenzen treffen wir in der Bewerthung der unten genauer zu besprechenden katatonischen Symptome, die für eine Verlaufsform der Dementia praecox als charakteristisch gelten.

Nach *Kraepelin* ist die Katatonie eine sehr häufige Krankheit; *Ziehen*, um einen schroff entgegengesetzten Standpunkt hier zu Worte kommen zu lassen, schrieb (1894) in seinem Lehrbuch der Psychiatrie über die Katatonie: „Die Krankheit ist selten. Wo katatonische stereotype Stellungen und Bewegungen auftreten, handelt es sich meist um Melancholia attonita oder Paranoia hallucinatoria oder irgend eine Form des Schwachsinnes.“ Nach neuer Lehre werden eben diese genannten Störungen durch den Besitz katatonischer Erscheinungen aus ihren symptomatischen Namensfächern, Melancholie, Paranoia u. s. w., herausgehoben und zur katatonischen Form der Dementia praecox hinübergeführt.

Diese wenigen Beispiele mögen zunächst genügen, um zu zeigen, von welcher principiellen Art die Schwierigkeiten beschaffen sind, die der Anerkennung des Begriffes der Dementia praecox im Wege stehen; der eine hält für wesentlich und unterscheidend, was dem anderen als nicht gesetzmässige und diagnostisch bedeutungslose Verlaufseigenthümlichkeit erscheint. — Im ganzen muss man indessen die Thatsache feststellen, dass *Kraepelin's* Anschauungen über die Dementia praecox in der heutigen Psychiatrie allmählich an Boden gewinnen, wenigstens bei der jüngeren Generation; es wirkt dabei der Umstand mit, dass er als Autor eines in Tausenden von Exemplaren verbreiteten und vor allem eines vorzüglich geschriebenen Lehrbuches in wachsendem Maasse derjenige ist, der die Anschauungen der neu in die Psychiatrie Eintretenden maassgebend beeinflusst.

Bei *Kraepelin* selbst ist sein heutiger Standpunkt das Ergebniss eines langsamen Werdeprocesses, der in den verschiedenen Auflagen seines Lehrbuches leicht zu verfolgen ist.

Kraepelin knüpft an eine von anderer Seite ausgehende Entwicklung an, deren Anfänge 30 Jahre zurückliegen, die aber dann lange Zeit keine weiteren Fortschritte gemacht hatte. 1871 hatte *Hecker*, wesentlich in Abhängigkeit von *Kahlbaum*'schen Ideen, unter dem Namen der Hebephrenie (Jugendirresein) Fälle beschrieben, bei denen die geistige Erkrankung in der Pubertätszeit beginnt und unter wechselnden Symptomenbildern verhältnissmässig rasch zu einem definitiven Zustande geistiger Schwäche führt, während 1874 *Kahlbaum's* Abhandlung über die Katatonie erschien, eine Krankheitsform, der lange Zeit hindurch, zum Theil wegen der zu weiten Fassung des Begriffes, allgemeines Interesse versagt blieb, bis sie *Kraepelin's* eindringliche literarische Behandlung der hierhergehörigen Krankheitsbilder zum Gegenstande lebhafter Discussion machte.

Unter Dementia praecox verstand *Kraepelin* früher Fälle jugendlicher Verblödung, die sich zum Theil mit *Hecker's* Hebephrenie deckten, wäh-

rend er daneben die Katatonie als eine besondere Krankheitsform beschrieb; neuerdings ist für ihn der Name Dementia praecox die Sammelbezeichnung für alle Fälle von Frühverblödung geworden, unter denen er je nach der Verlaufsart hebephrenische, katatonische und paranoide Formen unterscheidet, ohne indessen selber diese Eintheilung als eine endgiltige anzusehen.

Am meisten Uebereinstimmung herrscht heute über die hebephrenischen Formen, sehr viel weniger in Bezug auf die Bedeutung der katatonischen Krankheitsbilder, während in der neuerdings sehr ausgedehnten Hineinziehung gewisser Fälle von chronischer Paranoia in das Gebiet der Dementia praecox *Kraepelin's* Nachfolgerschaft nicht gross ist und auch voraussichtlich nicht werden wird.

Er selbst gibt übrigens zu, dass vorläufig eine scharfe Abgrenzung der einzelnen Krankheitsbilder in dem grossen Gebiete der Dementia praecox nur künstlich durchführbar ist, weil zahlreiche Uebergänge von einer Form zur anderen hinüberleiten. Trotzdem glaubt er, in allen noch so verschiedenen Formen gemeinsame psychologische Merkmale mit genügender Sicherheit erkannt zu haben, um sie neben den Anhaltspunkten, die Verlauf und Ausgang der Störung bieten, für die Abgrenzung verwerthen zu können; die Bedeutung dieser Merkmale wird allerdings dadurch verringert, dass sie häufig erst in den Endzuständen, nach Ablauf der mannigfachen vorübergehenden Gestaltungen des Krankheitsbildes, am deutlichsten hervortreten.

Diese psychologisch wesentlichen Züge wollen wir hier ganz kurz durchgehen.

Zunächst zeigt die genauere Beobachtung, dass die Kranken nicht in dem Maasse unorientirt sind, wie ihr Benehmen häufig glauben lassen könnte; die Auffassungsfähigkeit für die Vorgänge ihrer Umgebung kann wohl erhalten sein, wie plötzliche Aeusserungen gelegentlich in überraschender Weise zeigen. Gestört wird der Wahrnehmungsvorgang durch Sinnestäuschungen, die allen Sinnesgebieten angehören können, sehr oft aber in Gestalt von „Sensationen" die Tastsphäre bevorzugen.

Eine Trübung des Bewusstseins gehört, abgesehen von den episodischen Ereignissen, wie Stupor- oder Erregungszustände, nicht zu den Zeichen der Krankheit; die Klarheit des Bewusstseins contrastirt oft seltsam mit dem verworrenen Inhalt der sprachlichen Aeusserungen; vorgetäuscht kann eine selbständige Bewusstseinsstörung werden durch die Herabsetzung der Aufmerksamkeit. Die Fähigkeit, neue Eindrücke zu registriren, neues Gedächtnissmaterial zu erwerben, die neuerdings mit dem treffenden Namen „Merkfähigkeit" bezeichnet wird, geht dem Grade der vorhandenen Aufmerksamkeit parallel, kann also vollkommen aufgehoben werden in eingeschobenen Zuständen von Erregung oder Stupor. Das Gedächtniss selbst, die Herrschaft über den alterworbenen Besitzstand an Vorstellungen, braucht gar nicht Noth zu leiden; diese Thatsache ermöglicht manchmal die Unterscheidung eines activen Verblödungsvorganges von angeborenem Schwachsinn, insofern als das vom Kranken reproducirte Vorstellungsmaterial den Schluss erlauben kann, dass sein geistiges Niveau früher einmal ein höheres gewesen sein muss als jetzt, da er sonst die Summe geistiger Anschauungen, von der sein Gedächtniss Proben liefert, nicht würde haben

erwerben können. Auch hier wieder findet sich oft ein auffallender Contrast zwischen den aufblitzenden Spuren früherer geordneter geistiger Thätigkeit und dem augenblicklichen Zustand der Denkvorgänge, deren Störungen mit das am meisten charakteristische Merkmal der Erkrankung darstellen. *Kraepelin* bezeichnet die Art, in der das Denken des Kranken sich für den Beobachter objectiv darstellt, als „Zerfahrenheit", die ein Product aus verschiedenen elementaren Vorgängen (erhöhte Ablenkbarkeit, Verlust des inneren Zusammenhanges der Vorstellungen, unvermitteltes Auftauchen von Einschiebseln u. dgl.) darstellt. Auch in anderer Richtung erfahren die Denkvorgänge eine krankhafte Störung, indem Wahnideen der mannigfachsten Richtung zur Entwicklung kommen; wenn auch depressive Ideen hypochondrischer Färbung überwiegen, so fehlt es auch nicht an Grössenideen. Allen Wahnideen bei Dementia praecox ist gemeinsam, dass sie häufig ein unsinniges Gepräge tragen und nicht zur Bildung eines complicirten festen Systemes neigen; sie bleiben meist wenig beständige wechselnde Gebilde, in deren Gestaltung sich gewöhnlich die sich entwickelnde geistige Schwäche deutlich ausspricht. Diese geistige Schwäche erstreckt sich nun nicht nur auf das intellectuelle Gebiet in Form der sinkenden Urtheilsfähigkeit über eigene und fremde Dinge und deren Beziehungen, sondern wird auch deutlich in der Abstumpfung der höheren und einfacheren Gefühlsregungen; als eine regelmässige Begleiterscheinung der geistigen Schwäche treffen wir auch hier die Labilität der Stimmungslage, die den Kranken ermöglicht, in kürzester Frist und bei nicht entsprechendem oder auch ganz fehlendem Anlass von Ausgelassenheit in tiefe Depression überzugehen und umgekehrt. Heitere spontane Erregung in Verbindung mit den Zeichen der intellectuellen Verblödung zeigt die für manche Formen der Dementia praecox besonders charakteristischen Bilder der „Albernheit" und des läppischen Wesens.

Sehr deutliche Störungen erfährt die motorische Seite des Seelenlebens. Hier sind zunächst von Interesse die sprachlichen Aeusserungen. Neben den Eigenthümlichkeiten derselben, die blos die krankhaften Veränderungen des Gedankenganges (Ideenflucht, Verwirrtheit) widerspiegeln, treffen wir principiell die gleichen Anomalien, wie in den sonstigen motorischen Entäusserungen der Kranken, langdauernde Hemmung, plötzliche Explosionen, monotone Wiederholungen u. dgl. m. Das Handeln der Kranken hat ein so eigenartiges Gepräge wie bei keiner anderen Form geistiger Störung, und gewisse Eigenthümlichkeiten desselben sind, speciell für die katatonischen Formen, dasjenige gewesen, was als wesentlichstes Kennzeichen für die Abgrenzung entscheidend geworden ist.

Auf diese „katatonischen" Symptome kommen wir später ausführlicher zu sprechen; aber auch bei den hebephrenischen und manchen paranoiden Formen zeigt das Benehmen regelmässig wiederkehrende krankhafte Züge. Hierher gehört eine allgemeine Herabsetzung der Initiative, ein Mangel an selbständigen Impulsen, infolgedessen die Kranken unthätig herumsitzen und sich oft zu den einfachsten täglichen Verrichtungen nicht aufzuraffen vermögen; es schliesst das nicht aus, dass diese anscheinende Passivität durch unberechenbare, plötzliche, äusserst energische Handlungen, Gewaltthätigkeiten gegen Mobiliar, Aufspringen, Davonlaufen u. dgl. durchbrochen wird. Andere Male besteht ein deutlicher Bewegungsdrang, der sich durch seine Planlosigkeit ebenso wie durch seine Beharrlichkeit aus-

zeichnen kann; letztere äussert sich besonders in dem Kleben an bestimmten gleichmässig wiederkehrenden Bewegungsformen, die deswegen als „stereotype" bezeichnet werden.

Auch in leichteren Fällen, in denen das Handeln der Kranken ein im Ganzen geordnetes und planvolles bleibt, kann diese Neigung zur Stereotypie sich äussern in den sogenannten „Manieren" — „erstarrten krankhaften Abänderungen geläufiger Handlungen" *(Kraepelin)*. Während eine krankhafte Beeinflussbarkeit des Handelns (Befehlsautomatie, Echopraxie u. s. w.) bei allen Formen von Dementia praecox, wenigstens zeitweise vorhanden sein kann, sind die als Negativismus, Stupor und Katalepsie bezeichneten Störungen hauptsächlich den katatonischen Krankheitsbildern eigen.

Von den einzelnen Erscheinungsformen der Dementia praecox sollen uns hier nun zunächst die sogenannten hebephrenischen beschäftigen, über welche eine allgemeine Verständigung am ehesten zu erwarten ist, wenn man die Definition weit genug fasst und darunter alle diejenigen Fälle versteht, bei denen sich, in der Pubertätszeit beginnend, in langsamerem oder rascherem Verlaufe ein Zustand geistiger Schwäche entwickelt. Ob dieser Process in der einfachen Form stiller Verblödung, oder unter Begleitung symptomatischer Zustandsbilder von Depression, Erregung u. dgl. vor sich geht, ob der Endausgang hochgradiger Blödsinn oder eine nur mässige Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit darstellt, bleibt für die Abgrenzung im Grossen zweckmässiger Weise ausser Betracht. Es finden sich in der That zwischen diesen genannten Möglichkeiten von Fall zu Fall zahlreiche Uebergänge und auch grosse Verschiedenheiten im Laufe der Erkrankung bei demselben Individuum.

Es bestehen hier ähnliche Verlaufsverhältnisse wie bei der progressiven Paralyse, bei der wir auch langsam und gleichmässig unter dem Bilde stiller Verblödung verlaufende Fälle und andere mit lebhaften psychischen Krankheitserscheinungen und eingeschobenen mannigfaltigen symptomatischen Zustandsbildern antreffen. Weiter als auf diese ähnlichen Verlaufsmöglichkeiten erstreckt sich allerdings der Parallelismus nicht, dessen Feststellung überhaupt nur den Werth eines brauchbaren didaktischen Mittels zur Veranschaulichung besitzt.

Ein Theil der Fälle von Hebephrenie, und zwar diejenigen, die ohne begleitende auffällige Erscheinungen von „Geistesstörung" verlaufen, wird von der Umgebung und auch von den Erziehern und dem Hausarzte mit grosser Häufigkeit in ihrer Bedeutung verkannt. Der Vorgang ist dabei in der Regel der, dass eine Anfangs vielleicht vielversprechende geistige Entwicklung in der Pubertätszeit anfängt, zu erlahmen, dass der Gymnasiast, Student, Comptoirist, die Musikschülerin u. s. w. in ihren Leistungen erst einen Stillstand, dann aber einen deutlichen Rückgang erkennen lassen, den die Umgebung zunächst auf Trägheit, Ablenkung durch Nebeninteressen, bösen Willen u. s. w., oder auch auf körperliche Ursachen, und zwar mit Vorliebe bei Jünglingen auf Onanie, bei Mädchen auf die Entwicklungsvorgänge zurückzuführen pflegt. Eine sachverständige Untersuchung des psychischen Zustandes zeigt schon früh, dass eine Reihe von psychischen Anomalien dabei zusammenwirkt: Unfähigkeit zur Concentration und allgemeines Sinken der Aufmerksamkeit, Mangel an Initiative, Abschwächung des Urtheiles und der höheren Gefühle. Die gewohnten Arbeiten werden ange-

fangen, aber nicht vollendet, täglich wiederkehrende Verrichtungen vernachlässigt; Vorwürfe werden passiv hingenommen, mit nichtigen Ausreden erwidert, oder mit stumpfer Widerspenstigkeit beantwortet. Manchmal besteht subjectiv das Gefühl wachsender Unzulänglichkeit und dadurch eine gemüthliche Depression, andere Male wird der Defect vom Kranken selbst nicht wahrgenommen, der dann z. B., ohne sich des Contrastes bewusst zu werden, anstatt sich mit früher begonnenen wissenschaftlichen Arbeiten zu beschäftigen, in mechanischen Verrichtungen, Abschreiben u. dergl. eine genügsame Befriedigung findet. Die Bilder im einzelnen Falle sind sehr verschieden, je nachdem mehr oder weniger Initiative, eine grössere oder geringere Abstumpfung des Fühlens neben der zunehmenden Urtheilsschwäche vorhanden ist. Nicht selten ist es, dass die Kranken, denen ihre normalen, dem Alter und der Entwicklungsstufe entsprechenden Aufgaben unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten, eine grosse Emsigkeit in der Beschäftigung mit viel zu hoher, für sie unverdaulicher Lectüre, oder in Ausarbeitung langer, faselnder Schriftstücke über die schwierigsten Probleme entwickeln. Dabei tritt gewöhnlich eine gewisse Vorliebe für geschraubte Redensarten, tönende Phrasen, Häufung fremdsprachlicher Ausdrücke u. s. w., wie sie dem Pubertätsalter überhaupt eigen ist, auch in diesen Schriftstücken unverkennbar hervor. Sehr häufig wird der langsame Process des Sinkens des intellectuellen und gemüthlichen Niveaus von unbestimmten, allgemeinen nervösen Erscheinungen begleitet, wie z. B. Kopfschmerzen, gestörter Schlaf, hypochondrische Befürchtungen (speciell in Bezug auf frühere oder dauernd betriebene Onanie), Reizbarkeit, Schwindelgefühl; allgemeine Mattigkeit u. dergl. Ein Theil der jugendlichen Kranken wird auf Grund dieser Erscheinungen für „Neurastheniker" gehalten und in Kaltwasser- oder Nervenheilanstalten eingewiesen, bis der weitere Verlauf die Diagnose richtigstellt.

Der Ablauf der Krankheitserscheinungen ist nun auch bei diesen einfachsten Formen nicht immer ein gleichmässiger; Remissionen und schubartige Steigerungen, Stillstände und Beschleunigungen treten auf, ohne dass es bisher möglich wäre, beim Beginne darüber etwas Bestimmtes vorherzusagen. Auch darüber lässt sich im Anfange der Erkrankung auf Grund unserer bisherigen Erfahrungen keine sichere Angabe machen, ob der Process bis zu höheren Graden der Verblödung führen, oder auf einem Niveau nur mässig verminderter geistiger Leistungsfähigkeit Halt machen wird.

Die Fälle complicirteren Verlaufes zeigen nun in der Art der Entwicklung geistiger Schwäche principielle Uebereinstimmung mit diesen einfachsten Krankheitsbildern; was bei ihnen dazukommt, ist eine viel reichere Ausbildung episodischer Zustände und das Vorkommen lebhafterer psychischer Störungen, deren Mannigfaltigkeit und Unbeständigkeit die Aufstellung einzelner Formen als ein willkürliches Unternehmen erscheinen lässt.

Zunächst ist der Beginn häufig ein stürmischer, so dass nicht das Sinken des geistigen Niveaus, sondern das symptomatische Bild irgend einer Psychose die Scene eröffnet.

Neben starker gemüthlicher Depression mit Schlaflosigkeit, Angst, Selbstvorwürfen, Selbstmordneigung sind häufig Anfangs Sinnestäuschungen das beherrschende Element. Dieselben können sich auf alle Sinnesgebiete erstrecken, erschreckenden, beleidigenden oder erhebenden Inhaltes sein;

bevorzugt sind die Täuschungen der Tastsphäre und hier wiederum Sensationen sexueller Richtung oder solche Empfindungen, die beim Aufbau hypochondrischer Befürchtungen als Material oder Stütze dienen. Coordinirt mit diesen Sinnestäuschungen, in Färbung und Richtung mit ihnen übereinstimmend, entwickeln sich Wahnideen, unter denen sich alle bekannten klinischen Modalitäten vertreten finden; an Häufigkeit überwiegen vielleicht sexuell-religiöse Ideen bei weiblichen und hypochondrische Vorstellungen bei männlichen Kranken; wenn es, wie dies oft der Fall ist, zur Entwicklung von Grössenideen kommt, so lassen diese in der Regel die schon vorhandene intellectuelle Beeinträchtigung deutlich erkennen.

Der den abnormen Gedankengängen parallel laufende Affect erfährt zeitweise besondere Steigerungen; so kommt es zur Entwicklung von Bildern, die wie eine Angstmelancholie oder eine Manie aussehen können, ebenso wie ein deutliches Hervortreten ausgebildeter Wahnideen Anlass werden kann, die Diagnose Paranoia zu stellen. Andere Male treten episodische Zustände von heftiger motorischer Erregung mit Bewusstseinstrübung auf, die einer acuten hallucinatorischen Verwirrtheit ähnlich sind. Das Vorkommen solcher Perioden lebhafter psychischer Schwankungen schliesst nicht aus, dass die Kranken zu anderen Zeiten trotz Sinnestäuschungen und Wahnideen eine merkwürdige Gleichgiltigkeit und Stumpfheit gegenüber ihren subjectiven Erlebnissen zeigen.

Was die sonstigen psychischen Erscheinungen anbetrifft, so sei hier auf die oben gegebene kurze Darstellung der allgemeinen psychologischen Merkmale bei der Dementia praecox verwiesen; charakteristisch ist besonders das Erhaltenbleiben des Gedächtnissmateriales aus geistig rüstiger Zeit neben dem vollkommenen Mangel des Triebes zur Erwerbung neuer Vorstellungen, die Verwirrtheit und Zerfahrenheit der sprachlichen Aeusserungen bei Fehlen von jeder Trübung des Bewusstseins und von Erregung, die Stumpfheit, Theilnahmslosigkeit und motorische allgemeine Schwerfälligkeit neben der Neigung zum Auftreten plötzlicher impulsiver Handlungen, das unmotivirte Lachen, das Manierirte und Unfreie in Sprache, Schrift, Haltung und Benehmen. Einzelne von den ersten Beschreibern der Hebephrenie für charakteristisch gehaltene Erscheinungen, wie Albernheit, altkluges Wesen u. s. w., sind nicht regelmässige Bestandtheile und finden sich besonders gern dann, wenn schon im eigentlichen Pubertätsalter ein gewisser Grad geistiger Schwäche erreicht wird, die durch die diesem Lebensabschnitt schon normalerweise eigenen, krankhaft gesteigerten Züge ihr besonderes Gepräge erhält. Regelmässig wiederkehrende körperliche Erscheinungen fehlen bei der Hebephrenie; am häufigsten findet man noch Steigerung der reflectorischen Erregbarkeit, auch am Gefässsystem, Secretionsanomalien (übermässige Schweiss- und Speichelabsonderung) und dergleichen.

Der schliesslich bleibende Zustand wird bei allen Fällen von Hebephrenie erst nach einer Reihe von Jahren erreicht; er ist ein sehr verschiedener in den einzelnen Fällen; *Kraepelin* rechnet bei den Fällen, die in die Irrenanstalt kommen, für 75% auf höhere Grade des Blödsinnes, für 17% auf mässigen Schwachsinn, während 8% seiner Beobachtungen eine an Genesung heranreichende Besserung erfahren haben. Der Procentsatz der mit mittleren und geringen Defecten ablaufenden Fälle ist natürlich weit grösser, wenn man die sehr zahlreichen, ausserhalb der Anstalten ablaufenden Fälle von Hebephrenie dazu rechnet, bei denen

zum Theil, wie schon besprochen, der krankhafte Charakter der Erscheinungen gar nicht erkannt wird. Auch der schliesslich erreichte stabile Zustand stärkeren oder geringeren Schwachsinnes unterscheidet sich von angeborenen Zuständen geistiger Schwäche durch bleibende psychische Eigenthümlichkeiten aus der Reihe der mehrfach bereits erwähnten. Besonders auffallend sind dabei einmal die als „Manieren" bezeichneten äusseren Eigenthümlichkeiten, die alle Handlungen der Kranken kennzeichnen können und auch die geringeren Grade geistiger Schwäche begleiten, dann aber besonders die regelmässig vorhandene „Stumpfheit" auf allen Gebieten des seelischen Lebens, die namentlich in der motorischen Sphäre deutlich hervortritt und bewirkt, dass die Kranken, auch wenn sie zu mechanischen Verrichtungen brauchbar bleiben, doch der Fähigkeit selbständiger Arbeit, eigener Initiative ermangeln. Auch die höchsten Grade der Verblödung mit thierischem Hinvegetiren, Unreinlichkeit, Gefrässigkeit, zeigen im Lachen, im Grimassiren, im triebartigen Herumhantiren am eigenen Körper und in dem Auftreten plötzlich hervorbrechender motorischer Impulse noch Zeichen, die auf die besondere Entstehungsart des dauernden Defectes hinweisen.

Auf viel weniger gesichertem Boden als bei den hebephrenischen Formen der Dementia praecox bewegen wir uns bei der katatonischen Verlaufsart derselben. Das Adjectiv katatonisch will die hauptsächlich charakteristischen Erscheinungen von Seiten des motorischen Apparates bezeichnen.

Das Vorkommen eigenthümlicher, bestimmten Psychosen zugehöriger Spannungszustände in der willkürlichen Körpermuskulatur war schon 1867 von *Schüle* beschrieben worden.

Die Krankheitsbezeichnung „Katatonie", Spannungsirresein, stammt, wie bereits erwähnt, von *Kahlbaum*, der auf der Naturforscherversammlung 1868 und im psychiatrischen Verein zu Berlin 1871 über die neu von ihm aufgestellte Krankheitsgruppe Mittheilungen gemacht hatte, die aber so gut wie spurlos an den Fachgenossen vorübergegangen waren. Drei Jahre später veröffentlichte er dann seine, damals im ganzen wenig beachtete, heute sehr viel mehr bekannte monographische Bearbeitung des Gegenstandes. *Kahlbaum* hat der Anerkennung seiner Lehre, wie mir scheinen will, selbst geschadet durch die Fassung, die er der Definition der Katatonie gegeben hat: „Die Katatonie ist eine Gehirnkrankheit mit cyclisch wechselndem Verlauf, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verwirrtheit und schliesslich des Blödsinnes darbieten, von welchen psychischen Gesammtbildern aber eines oder mehrere fehlen können, und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen." Die Verfolgung des literarischen Schicksals der Katatonie zeigt, dass diese Definition vielfach missverstanden worden ist; die Aufzählung der Manie, Melancholie u. s. w. erweckte die auch heute immer wieder auftauchende Befürchtung, dass man der Aufstellung einer Einheitspsychose zutreibe, die alle Einzelformen zu verschlingen drohe, und man übersah, dass *Kahlbaum* keineswegs für jeden Fall die ganze aufgezählte Reihe von Verlaufsmöglichkeiten verlangte oder erwartete. An anderer Stelle seiner Monographie (pag. 24) spricht er es aus, dass alle Hauptarten der

psychischen Zustandsformen und dass alle möglichen Variationen bei der Katatonie vorkommen können.

„Hierüber an diesem Platze Genaueres anzugeben, hat kein allgemeines Interesse, wenn man nur die Thatsache aufgenommen und erkannt hat, dass ausser der Melancholie auch die Manie und die Verwirrtheit und der Blödsinn eine Zeit lang den allgemeinen psychischen Habitus dieser Krankheitsart bilden können, ebenso wie bei der paralytischen Seelenstörung, und dass daher die diagnostische Unterordnung in jede dieser alten Classen statthaben könnte.“ Die Parallele zur progressiven Paralyse, die *Kahlbaum* immer wieder mit Nachdruck betont, zeigt, worauf es ihm ankam, nämlich einen mit bestimmten motorischen Symptomen einhergehenden und zur Verblödung führenden Krankheitsprocess als solchen abzugrenzen und nachzuweisen, dass die episodischen symptomatischen Zustandsbilder für die Diagnose des Krankheitsvorganges unwesentlich sind. Wenn man diesen Kern der *Kahlbaum*'schen Aufstellungen ins Auge fasst, sieht man, dass in der Discussion über die Katatonie seit 1874 in principieller Hinsicht keine wesentliche Verschiebung stattgefunden hat.

Von wenigen Ausnahmen, wie *Brosius, Neisser* u. a., abgesehen, haben die meisten psychiatrischen Autoren in den seit dem Erscheinen der *Kahlbaum*'schen Arbeit verflossenen Jahrzehnten zu seinen Auffassungen nur widerstrebend, ablehnend oder auch gar nicht Stellung genommen; heute schwebt der lebhafte Widerstreit der Meinungen zwischen *Kraepelin* und seiner Schule einerseits und einem grossen Theile der übrigen Irrenärzte andererseits. In zwei für die 28. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte 1897 bestimmten Referaten über die Katatoniefrage, erstattet von *Schüle* und *Aschaffenburg,* kommt der Standpunkt der einen wie der anderen Seite scharf und bestimmt zum Ausdruck; eine fast zufällig ausgelöste Discussion auf der Jahresversammlung deutscher Irrenärzte in Berlin 1901 hat das Bild der Sachlage noch um einige Züge bereichert. Ehe wir darauf eingehen, empfiehlt es sich, *Kraepelin's* Darstellung der Katatonie hier in kurzen Umrissen wiederzugeben.

Kraepelin, der *Kahlbaum's* klinische Begabung sehr hochschätzt, erkennt dessen Aufstellungen in der Hauptsache als richtig an; seine Umgrenzung des Begriffes der Katatonie ist aber etwas enger, als die ursprünglich von *Kahlbaum* gegebene.

„Es handelt sich,“ sagt er, „um das Auftreten eigenthümlicher, meist in Schwachsinn ausgehender Zustände von Stupor oder Erregung mit den Erscheinungen des Negativismus, der Stereotypie und der Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen“; die Erwähnung der einzelnen Stadien des Verlaufes ist also aus der Definition ausgefallen.

Die Psychose beginnt in der Regel subacut unter dem Bild einer psychischen Depression, die in unbestimmter Form und wechselnder Stärke eventuell monatelang dauern kann. Den eigentlichen Anfang der offenkundigen Geistesstörung bilden dann Sinnestäuschungen und Wahnideen in den mannigfaltigsten, theils phantastischen, theils erschreckenden, seltener erhebenden Formen; die Täuschungen können alle Sinne betreffen und ähneln inhaltlich denjenigen, wie sie bei dem acuten hallucinatorischen Irresein beobachtet werden; die Wahnideen werden Ursache zu frühzeitigen auffallenden oder unsinnigen Handlungen. Das Bewusstsein ist dabei etwas

getrübt, der Gedankengang zerfahren, zusammenhanglos, das Gedächtniss. oft auch die Merkfähigkeit, gut erhalten; Erinnerungsfälschungen kommen vor. Die Stimmung ist ungemein wechselnd. In der Mehrzahl der Fälle geht dieser erste Abschnitt der Krankheit über in die für die Katatonie charakteristischen Zustände, den katatonischen Stupor und die katatonische Erregung.

Die charakteristischen Erscheinungen des katatonischen Stupors sind Negativismus und Befehlsautomatie. Erstere Bezeichnung fasst eine Reihe motorischer Aeusserungsformen zusammen, als deren Kern der grundsätzliche Widerstand gegen äussere Beeinflussungen des Wollens und auch gegen eigene auftauchende Impulse anzusehen ist. Dieses Widerstreben zeigt sich auf allen Seiten motorischer Functionen, als Schweigen oder Verstummen auf Fragen, als Verweigerung der Nahrung, als Unreinlichkeit mit zurückgehaltenem Koth und Urin, als Innervation der Antagonisten beim Versuche, passive Lageänderungen, z. B. mit den Extremitäten, vorzunehmen u. s. w.; das Benehmen der Kranken wird dadurch häufig in der absurdesten Art beeinflusst; in einförmiger Weise wird Stellung und Gesichtsausdruck festgehalten, u. s. w.

Unter Befehlsautomatie versteht man eine erhöhte Beeinflussbarkeit der motorischen Vorgänge durch fremden Willen oder äussere Eindrücke, die es bewirkt, dass passiv gegebene Stellungen kataleptisch beibehalten, vorgemachte oder zufällig gesehene Bewegungen imitirt, fremde Aeusserungen nachgesprochen werden (Echopraxie, Echolalie). Negativismus und Befehlsautomatie gehen im Verlaufe der einzelnen Fälle regellos und in raschem Wechsel durcheinander.

Die katatonische Erregung ist gekennzeichnet durch das Auftreten von Triebhandlungen und stereotyp wiederkehrenden Bewegungen. Nach häufig vorausgehender Verstimmung beginnt plötzlich heftige Erregung mit gewaltthätigen Handlungen, unaufhörlichen Bewegungen des ganzen Körpers, der Extremitäten, der mimischen Muskulatur, zwischen die sich unvermittelt Impulse zu seltsamen oder unsinnigen Handlungen, auch sexueller Richtung einschieben. Besonders charakteristisch für die Katatonie sind die sprachlichen Aeusserungen der Kranken. Neben den negativistischen Zeichen findet sich das als „Sprachverwirrtheit" bezeichnete Symptom, die Mischung von Verständlichem und vollkommen Sinnlosem bei leichter und völlig fliessender Sprechweise, sowie die von *Kahlbaum* so genannte Verbigeration, „bei welcher", um die Originaldefinition hier anzuführen, „der Kranke bedeutungs- oder zusammenhangslose Worte und Sätze im scheinbaren Charakter einer Rede in Wiederholung vor sich ausspricht". Diese Verbigeration kann stundenlang, tagelang andauern in gleichförmiger Wiederholung oder mit leichten Variationen, auch schliesslich in Form ganz sinnloser Aneinanderreihung von blossen Einzelsilben; sie findet sich auch in den Schriftstücken der Katatoniker deutlich erkennbar wieder.

Während dieser Zustände ist das Bewusstsein nicht frei von Trübung, die aber häufig nicht stark ist, so dass eine, wenn auch unvollständige, Orientirung möglich, auch eine gewisse Krankheitseinsicht nicht ausgeschlossen ist; die Stimmung ist wechselnd, oftmals auffallend durch die Gleichgiltigkeit, mit der die Kranken äussere Eindrücke aufnehmen.

Der Ausgang der Katatonie ist in einer nicht geringen Anzahl von Fällen der Tod, weniger oft infolge von Erschöpfung oder Verletzungen

im Stadium der Erregung, als infolge von Lungentuberculose bei regungslosem Verhalten mit flacher Athmung und ungenügender Ventilation der Lungen.

Im übrigen hatte *Kraepelin* bei 59% seiner Fälle als Endausgang einen erheblichen Grad von Blödsinn zu verzeichnen, der durch Stumpfheit, Willenlosigkeit, seltsame stereotype Manieren, Sprachverwirrtheit und episodisch auftretende Erregungen ein besonderes Gepräge erhält. Bei 27% bleibt es bei leichteren Graden geistiger Schwäche, während 13% soweit als geheilt gelten durften, dass sie wieder imstande waren, ihre bürgerliche Stellung auszufüllen, wenn auch gewisse Eigenthümlichkeiten zurückgeblieben waren. Die „Heilung" ist in solchen Fällen immer mit dem Vorbehalte zu verstehen, dass noch nach Jahren schwere Rückfälle eintreten können. Die Diagnose der „Heilung" ist überhaupt principiell mit grosser Vorsicht zu stellen angesichts der Neigung der Katatonie zu langdauernden Remissionen. Sichere Anhaltspunkte für die prognostische Beurtheilung des einzelnen Falles fehlen vorläufig.

In Bezug auf die pathologische Anatomie der Katatonie eröffnen Untersuchungen von *Alzheimer* die Hoffnung auf Gewinnung bestimmter Befunde an den Ganglienzellen und dem Gliagewebe der Hirnrinde.

Für die differentialdiagnostische Abgrenzung der Katatonie gegen die lange Reihe der in Betracht kommenden anderen psychischen Erkrankungsformen, die symptomatische Aehnlichkeit zeigen können, geben *Kraepelin* und *Aschaffenburg* ausführliche Anhaltspunkte.

Gegenüber dem acuten hallucinatorischen Irresein (Amentia), dessen Bild häufig das einleitende Stadium der Katatonie darstellt, liegt das hauptsächlich Unterscheidende in dem Vorhandensein von Negativismus und Stereotypie, sowie in der stärkeren Ausbildung der Befehlsautomatie, in der besseren Orientirtheit und gleichgiltigeren Stimmung der Katatoniker, abgesehen von dem fehlenden ätiologischen Factor der Erschöpfung.

Für die Diagnose epileptischer Dämmerzustände gegenüber katatonischer Verwirrtheit ist, neben Anamnese und Verlauf, bestimmend die stärkere Auffassungsstörung, die ängstliche Stimmung, die Motivirung der Handlungen durch Vorstellungen, die Abwesenheit des Triebartigen oder Negativistischen in den Handlungen.

Die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen der einleitenden Depression bei Dementia praecox, speciell Katatonie, und der erstmaligen melancholischen Phase eines circulären Irreseins wird von beiden genannten Autoren betont. Frühzeitige Sinnestäuschungen und unsinnige Wahnvorstellungen bei gleichgiltiger Stimmung sprechen für Katatonie; die im Effecte ähnliche Herabsetzung der Willensthätigkeit der melancholisch Deprimirten beruht auf psychomotorischer Hemmung oder ängstlichen Vorstellungen, während das grundsätzliche Widerstreben, das plötzliche Rückgängigmachen normal begonnener Bewegungen u. s. w. die katatonische Bewegungsstörung kennzeichnen. Versuche experimenteller Analyse der in Frage kommenden motorischen Leistungen geben, wie es scheint, die Hoffnung auf relativ leicht gewinnbare unterscheidende Merkmale.

Für die Trennung der katatonischen Erregung von der Manie gilt, dass bei letzterer die Besonnenheit stärker gestört, dass Erregung und

das Verdienst, die allgemeine Aufmerksamkeit für diese merkwürdigen Krankheitsbilder geschärft zu haben, werden ihm auch seine heutigen Gegner nicht bestreiten, und eben diese allgemeine klinische Mitarbeit wird das Material liefern, um die schwebenden Fragen zum Austrag zu bringen.

Als dritte Verlaufsart der Dementia praecox stellt *Kraepelin* die paranoiden Formen auf. Es ist schon oben erwähnt worden, dass die Ausdehnung, in der *Kraepelin* chronische Erkrankungen mit Wahnbildung in das Gebiet der Dementia praecox einbezieht, bisher wenig Zustimmung gefunden hat.

Das Vorkommen von Wahnbildung überhaupt findet sich allerdings sowohl bei der hebephrenischen wie bei der katatonischen Verlaufsart; unter paranoiden Formen würde man aber, ganz allgemein gesagt, solche zu verstehen haben, bei denen eine fortschreitende Entwicklung geistiger Schwäche von so ausgesprochenen und klinisch so hervortretenden Wahnbildungen begleitet wird, dass das Symptomenbild einer Paranoia entsteht. Darüber, dass die von *Kraepelin* schon früher so genannte und gleich näher zu beschreibende Dementia paranoides hierhergehört, wird eine Einigung leicht sein; *Kraepelin* hat aber neuerdings auch diejenige chronische Form der Paranoia der Dementia praecox einverleibt, die bisher als chronische, hallucinatorische Paranoia bezeichnet worden ist. Als chronische Paranoia erkennt er nur noch Fälle an, in denen sich ganz langsam ein dauerndes unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und der Ordnung des Gedankenganges herausbildet. Diese Form ist im wesentlichen identisch mit der im Gegensatze zur hallucinatorischen, früher auch wohl als primär oder combinatorisch bezeichneten Form der Paranoia, und wird von *Kraepelin* dem Irresein der Entarteten zugewiesen.

Die chronische hallucinatorische Paranoia wird an anderer Stelle dieser Sammlung ihre Darstellung finden; es muss hier genügen, auf die Stellung *Kraepelin's* zu der Frage hingewiesen zu haben.

Die Dementia paranoides als Verlaufsform der Dementia praecox ist ausgezeichnet durch eine nach kurzen einleitenden depressiven Symptomen einsetzende und rasch fortschreitende, ungemein reichliche Wahnbildung, die sehr bald die abenteuerlichsten und unsinnigsten Formen annimmt, während Sinnestäuschungen unterstützend und weiterbauend daneben einhergehen. Die Ideen sind zuerst theils hypochondrischen Inhalts, theils Vorstellungen feindlicher Beeinflussung mit den üblichen Consequenzen von Selbstmordversuchen, thätlichen Angriffen auf die Umgebung u. s. w.: bald aber beginnt die Entwicklung unsinniger Grössenvorstellungen, die in ihrer vollkommenen Kritiklosigkeit an Grössenideen von Kranken mit progressiver Paralyse erinnern.

Das Bewusstsein ist dabei nur mässig getrübt; Personenverkennung und Erinnerungsfälschungen erschweren aber die Orientirung.

In raschem Verlaufe wird, eventuell schon nach Monaten, spätestens aber nach wenigen Jahren, ein dauernder Zustand schwachsinniger Verwirrtheit erreicht, der mit episodischen Schwankungen der Stimmung und mit Erregungszuständen einhergeht, in der Art der sprachlichen Production aber immer noch den Weg erkennen lässt, auf dem diese Verblödung zustande gekommen ist.

Die Fälle von Dementia paranoides sind seltener, als die von Hebephrenie und Katatonie.

Was nun das Vorkommen der Dementia praecox in einer ihrer kurz geschilderten Verlaufsarten anbetrifft, so scheint es, dass den Fällen, je früher sie beginnen, umsomehr die Neigung zur einfachen stillen Verblödung innewohnt, während die durch reichere Symptomencombinationen gekennzeichneten später auftreten; eine von *Kraepelin* aufgestellte Statistik über 296 Fälle zeigt bei mehr als 60% der Fälle den Beginn vor dem 25. Lebensjahre, von denen wiederum die Mehrzahl der hebephrenischen Verlaufsart zugehört; das Vorkommen von Fällen, die zur Dementia praecox im *Kraepelin*'schen Sinne gehören, reicht aber, wenn auch in rasch sinkender Häufigkeit, bis in Altersstufen, die die Beifügung des Attributes „praecox" kaum mehr als gerechtfertigt erscheinen lassen.

Ueber die Ursachen des Erkrankens an Dementia praecox ist wenig bekannt; erbliche Belastung scheint in mehr als dem durchschnittlichen Maasse vorhanden zu sein. Von den auslösenden Ursachen spielen Gefangenschaft und, beim weiblichen Geschlechte, die Vorgänge des Fortpflanzungsgeschäftes eine unverkennbare Rolle.

Das Wesen der Erkrankung ist unbekannt; theoretische Erwägungen führten *Kraepelin* zu der Annahme, dass eine Art von Selbstvergiftung des Organismus, vielleicht in Abhängigkeit von irgend welchen Vorgängen in den Geschlechtsorganen, eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung der Dementia praecox spiele und in der Hirnrinde die ihrem Wesen nach noch unbekannten Veränderungen herbeiführe. Beweise für diese Annahme fehlen zur Zeit noch vollkommen.

Eine causale Indication ist bei der Behandlung, angesichts unserer ätiologischen Unkenntnisse, nicht zu erfüllen; bei der Mehrzahl der mit lebhafteren psychischen Symptomen verlaufenden Fälle handelt es sich nur um Unterbringung in einer Anstalt.

Die Erörterung der Frage der späteren Versorgung der dauernd schwachsinnig gewordenen Kranken in Irrencolonien u. s. w. ist mehr eine interne psychiatrische Frage und würde den dieser Darstellung zugewiesenen Rahmen überschreiten.

Bei den einfachen stillen Verblödungsprocessen eines Theiles der hebephrenischen Formen ist es für den Arzt zunächst die Aufgabe, den Charakter der langsamen Veränderungen zu erkennen und auf Grund der Einsicht, dass es sich um Krankheit handelt, die pädagogischen, oft mehr oder weniger harten Beeinflussungsversuche der Angehörigen abzuschneiden. Einem so erkrankten Gehirne ist, wenn man hoffen will, den Krankheitsprocess zum Stillstand zu bringen, vor allem Ruhe nöthig, die bei den einfachen hebephrenen Formen nicht immer schon blos in einer Anstalt zu suchen ist; völliges geistiges Ausspannen, Landaufenthalt unter günstigen hygienischen Verhältnissen, gute Ernährung und milde Wasserbehandlung sind diejenigen Heilfactoren, unter deren Einfluss so viel Besserung zu erwarten ist, als in den einzelnen gegebenen Fällen überhaupt möglich ist. Kommt der Process zum Stillstande, zu einer „Heilung mit Defect", so handelt es

sich darum, ein den geschwächten Fähigkeiten des Kranken entsprechendes Arbeitsgebiet zu finden, auf dem er sich in mechanischer Beschäftigung oder beaufsichtigter geistiger Arbeit noch nützlich machen kann. Den Eltern wird erfahrungsgemäss der Verzicht auf die von der Krankheit zunächst unterbrochenen und dann durch sie vereitelten höheren Pläne äusserst schwer, und der Arzt erweist den jugendlichen Kranken den besten Dienst, wenn er bei dieser schwierigen Wahl möglichst auf Herabsetzung der Ansprüche drängt.

Die gerichtliche Psychiatrie hat mit den an Dementia praecox Erkrankenden mannigfache Berührungspunkte. Die voll ausgebildeten katatonischen oder paranoiden Formen machen dabei in strafrechtlicher Hinsicht keine Schwierigkeiten, und auch civilrechtlich nicht, soweit es sich nur um die Entmündigung handelt. Für die Frage der Ehescheidung auf Grund des § 1569 des bürgerlichen Gesetzbuches ist dagegen bei der Dementia praecox grosse Vorsicht am Platze angesichts der geringen Anhaltspunkte, die wir heute noch in prognostischer Beziehung haben.

Die klinische Prognose der „Unheilbarkeit" sagt nichts darüber aus, ob auch die Aussichten auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft bereits geschwunden sind, und die Kenntniss der Thatsache der mannigfachen Ueberraschungen, die der Verlauf der Dementia praecox bieten kann, soll in jedem Fall Anlass zu vorsichtiger Aeusserung über diesen Punkt werden.

Viel mehr Schwierigkeiten als die Fälle mit stürmischer Verlaufsart bieten die stillen, langsamen, nicht die höchsten Grade erreichenden Verblödungsprocesse. Da ihr Beginn hauptsächlich in die Zeit fällt, in der das Individuum seine ersten selbständigen Berührungen mit der Welt hat, da, auch von Aerzten, der Krankheitsvorgang häufig nicht erkannt wird, kommt es bei der beginnenden Dementia praecox zu zahlreichen Conflicten, beim Militär, im bürgerlichen Dienstverhältniss, kurz überall, wo ein Verständniss für Ordnung, Pünktlichkeit und Zucht nothwendig ist. Besonderen Anlass zu strafrechtlichen Zusammenstössen geben die leichten Erregungszustände oder auch nur die abnormen motorischen Aeusserungen, wie z. B. Lachen oder Gesichterschneiden im Gliede beim Militär u. dergl. m.

Diejenigen Fälle, bei denen der krankhafte Process Halt macht, um einen höheren Grad psychischer Schwäche zurückzulassen, stellen ein nicht geringes Contingent zu der Schaar der die Arbeitshäuser füllenden Vagabunden oder auch der Gewohnheitsverbrecher; ein Theil der Fälle von sogenanntem moralischen Irresein sind abgelaufene Fälle von Dementia praecox, bei denen neben einem mässigen intellectuellen Defect Mängel des sittlichen Fühlens das am meisten hervortretende Symptom darstellen. Alle diese kurz erwähnten Momente zeigen, dass eine genauere Kenntniss der Dementia praecox für den Gefängnissarzt und den ärztlichen Sachverständigen bei forensischer Begutachtung von ganz besonderer, aber noch nicht genügend bekannter Wichtigkeit ist.

8. VORLESUNG.

Ueber die Trunksucht, ihre Folgen und ihre Bekämpfung.

Von

A. Baer,

Berlin.

Meine Herren! Das Studium der Alkoholfrage hat in allen Culturstaaten in den letzten Jahrzehnten eine vielseitige Vertiefung und die eingehendste Besprechung erfahren. In zahlreichen Vereinen, auf nationalen und internationalen Versammlungen wird ihr von Vertretern wissenschaftlicher Forschung und von Freunden socialer Werkthätigkeit fortgesetzt ein lebhaftes Interesse gewidmet. Eine Menge wissenschaftlicher Beweise und Ermittelungen sind in relativ kurzer Zeit gewonnen, um sie auf dem Boden positiver Thatsachen aufzubauen und ihr den Werth unwiderlegbarer Bedeutsamkeit zu verleihen.

Die wichtigsten Bausteine zu dem Gefüge der Alkoholfrage, wie sie jetzt studirt und verstanden werden soll, hat die medicinische Wissenschaft durch das physiologische Experiment und die klinische Beobachtung herbeigebracht. Der Kampf, welcher in der Neuzeit gegen die Schädigungen des Alkoholmissbrauches geführt wird, gegen den Alkoholismus, wie der Gesammtbegriff der individuellen und socialen Folgeerscheinungen desselben lautet, dieser Kampf findet seine besten Waffen und die zuverlässigsten Beweismittel für die Nothwendigkeit und die Berechtigung seiner Bestrebungen in dem Nachweis der antihygienischen und antisocialen Wirkungen des Alkoholdämons. Zum Unterschied von der Kampfesweise aus früherer noch nicht gar zu langer Zeit weisen die modernen Alkoholgegner mit besonderer Betonung auf die Thatsache hin, dass der Alkohol das Leben und die Gesundheit grosser Menschenmengen zerstöre, das körperliche, geistige und sittliche Gedeihen grosser Volksmassen vernichte und die Gesammtconstitution weiter Bevölkerungskreise verschlechtere. Dem ärztlichen Stand und Beruf liegt wie keinem anderen die heilige und unentwegte Pflicht ob, das Wesen des Alkoholismus zu kennen, diesen in seinen Einzelheiten, in seinen Erscheinungen zu verfolgen und in seinen verderblichen Wirkungen zu bekämpfen.

Um den Kampf mit Erfolg aufzunehmen, ist es nothwendig, die physiologische und biologische Wirkungsweise des Alkohols in mässiger Dosis, sowie die toxischen und pathologischen Wirkungen des Alkoholmissbrauches zu kennen, die Ausbreitung der Trunksucht, ihre schweren Schädigungen für den Einzelnen wie für die Gesammtheit zu wissen, und die Mittel kennen zu lernen, welche in Anwendung kommen können, um jenes Uebel zu bekämpfen.

* * *

Meine Herren! Der Alkohol, und wir meinen hier immer den Aethylalkohol, das Product der Vergährung von stärkemehlhaltigen Substanzen, wird von der Schleimhaut, von der serösen Haut des lebenden Körpers schnell resorbirt und in den Blutstrom gebracht. Die Aufsaugung geschieht durch die Einführung in den Magen, durch die Einspritzung in eine seröse Höhle, in ein Blutgefäss oder in das Unterhautzellgewebe, ferner durch den Contact mit Wundflächen, und auch von den Lungen aus, wenn er in Dampfform eingeathmet wird.

Der resorbirte Alkohol gelangt mit dem Blutstrom in alle Organe und Gewebe; er wird in diesen in um so grösserer Menge gefunden, je gefässreicher diese Organe sind, so insbesondere im Gehirn, in der Leber, Milz und Nieren (*Schulinus*, Arch. f. Heilk. 1866, pag. 97). Auch in den Secreten des Körpers wird er in kleinen Mengen gefunden, so im Harn und auch in der Milch. *Nicloux* hat, und diese Thatsache verdient besonders hervorgehoben zu werden, auch Alkohol im Blute des Fötus gefunden, nachdem er jenen in den Magen einer trächtigen Hündin eingeführt. Er fand ihn hier in gleicher Menge wie im Blute der Mutter (Société de Biologie. Progr. médic., 1899, pag. 486). Auch in der Milch der Mutter hat er den Alkohol nachweisen können, und zwar $^1/_4$ bis 1 Stunde nach der Aufnahme von alkoholischen Getränken.

Die Aufnahme des Alkohols ins Blut geschieht auch vom Magen aus in sehr kurzer Zeit; *Dogiel* hat ihn schon $1^1/_2$ Minuten nach seiner Einführung im venösen und arteriellen Blut sowie in der Lymphe des Duct. thorac. nachweisen können. *Gréhant* hat nach Einbringen von Alkohol in den Magen eines Hundes (5 Ccm. Alk. pro Kilo Körpergewicht) schon $^1/_2$ Stunde nachher 0·4% im Blute gefunden, nach 1 Stunde 0·5%, nach 2 Stunden 0·57%; nach 23 Stunden war aller Alkohol im Blute verschwunden. Nach 1 Ccm. pro Kilo wird das Maximum von 0·09% im Blute und schon nach 15 Minuten erreicht, nach 5 Ccm. pro Kilo betrug es 0·5% und nach 8·4 Ccm. war das Maximum 0·88% (Compt. rend. de l'Acad. 1896 u. 1899; Hyg. Rundschau, 1900, pag. 802). Es braucht kaum daran erinnert zu werden, dass es sich hier um Intoxicationen handelt, die nur durch das Experiment erzeugt werden und beim Menschen in den seltensten Fällen nach sehr schweren acuten Vergiftungen kaum vorkommen werden.

Die Resorption des Alkohols ist wesentlich von seiner Concentration abhängig und von den jeweiligen individuellen Umständen des Consumenten. Er wird um so schneller resorbirt, je stärker der Alkoholgehalt in einem Getränke ist und je weniger der Magen mit anderen Substanzen gefüllt ist, daher am schnellsten im nüchternen Zustande und um so weniger während den Mahlzeiten. Nach *Liebreich* gelangt der Alkohol mit Säuren, Zucker oder Kohlensäure gemischt schnell zur Resorption, langsam dagegen mit

gerbsäurehaltigem Material. Deshalb sind auch die Effecte der Wirkung weit schneller bei weissem als bei rothem, hartem Weine, und noch schneller bei süssen und kohlensäurehaltigen Getränken, wie bei Champagner und Most (Encyklopädie der Therapie, 1896, Bd. I, pag. 96).

Ueber den Verbleib des Alkohols im Organismus herrschten bis in die Neuzeit hinein auseinandergehende Anschauungen. Während schon *Tiedemann* und besonders *Liebig* die Ansicht vertraten, dass der Weingeist wegen seiner ungemein leichten Oxydirbarkeit im Organismus zu Kohlensäure und Wasser verbrenne, während *Duchek* u. a. vor ihm durch Versuche an Thieren sogar die einzelnen Uebergangsstufen dieser Oxydationsproducte (Aldehyd-Essig-Oxal-Kleesäure) nachgewiesen haben wollen, glaubten *Lallemand, Perrin* und *Duroy,* dass der Alkohol in unveränderter Form aus dem Organismus durch die Lunge, Haut und Nieren ausgeschieden werde. Dahingegen haben *Schulinus, Anstie* und *Dupré, Subbotin, Parkes* u. a. aus ihren Versuchen die Ueberzeugung gewonnen, dass der grösste Theil des Alkohols im Körper oxydirt und nur ein sehr kleiner Theil unverändert eliminirt werde. Die späteren Untersuchungen von *Binz* und seinen Schülern *(Heubach, A. Schmidt, Bodländer, Fr. Strassmann)* haben die Thatsache festgestellt, dass der Weingeist bis auf sehr kleine Mengen im Organismus oxydirt werde. Nach *Bodländer* wird wenigstens 90% des eingeführten Alkohols oxydirt und beim gesunden Menschen nur 3% nachweislich unverändert ausgeschieden, und zwar 1·6% durch die Lungen, 1·2% durch die Nieren und 0·14% durch die Haut (*Pflüger's* Arch. 1883). Nach *Strassmann* werden durch die Lungen 5—6%, durch die Nieren 0·73 bis 2·43%, bei Athmungssteigerung bis auf 7·9% durch die ersteren, im ganzen bis 10% Alkohol unverbrannt ausgeschieden (ibid. 1891).

Mit dem Blute gelangt der Alkohol zu allen Organen des Körpers und übt eine vorübergehende und eventuell auch bleibende Wirkung auf die Functionen und die Gewebe derselben aus. Frühere Forscher haben geglaubt, dass der Alkohol zunächst auch auf das Blut nachtheilig einwirke dadurch, dass er die Zusammensetzung desselben und insbesondere die Beschaffenheit der rothen Blutkörperchen verändere. Wie ausserhalb des Körpers sollte der Alkohol das Blut auch innerhalb desselben zur Gerinnung bringen, sollte er die rothen Blutkörperchen in ihrer Construction verändern. Veränderungen dieser Art werden jedoch nicht gefunden, dahingegen ist das Vorhandensein abnormer Mengen von Fettkugeln im Blut stark alkoholisirter Thiere vielfach beobachtet worden.

Der Blutkreislauf wird von dem Alkohol derartig beeinflusst, dass durch mässige Alkoholdosen die Thätigkeit des Herzmuskels zunächst angeregt und zu grösseren Arbeitsleistungen gesteigert, der Puls verstärkt und der Blutdruck erhöht wird, grosse Dosen hingegen die Zahl der Pulsschläge und die Energie des Herzmuskels herabsetzen. Der Blutdruck wird infolge der Spannungsabnahme der Arterien vermindert, der Puls voller und weicher. Die Erweiterung der Gefässe und die Blutüberfüllung in denselben geschieht durch eine vom vasomotorischen Nervencentrum ausgehende Lähmung des Gefässtonus. *Schmiedeberg* und nach ihm besonders auch *Bunge* sprechen dem Alkohol jede excitirende Wirkung ab und erklären jede Functionsveränderung durch einen narkotisirenden, lähmenden, die Hemmungsthätigkeit ausschaltenden Einfluss, so dass die zunehmende Pulsfrequenz nicht von der Alkoholwirkung, sondern von der

Steigerung der Muskelbewegung, von dem lebhaften Gebahren des Versuchsobjects abhängt. In diesem Sinne haben auch in neuester Zeit einzelne Forscher *(Wendelstaedt, Atwater, Rosenfeld)* bei Vermeidung aller die Herzaction steigernden Einflüsse die Einwirkung des Alkohols auf den Puls als eine sehr unbedeutende, unwesentliche gefunden. Nach *Rosenfeld* (Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus. Wiesbaden 1901, pag. 51) ist weder bei hohem, noch bei niedrigem Blutdruck eine Beeinflussung des mittleren Druckes durch Alkohol zu beobachten, so dass nach ihm sich eine fast gänzliche Bedeutungslosigkeit des Alkohols für die Circulation ergibt.

Bei mässigen Alkoholdosen wird, wie *Binz* und seine Schüler erwiesen haben, die Athmungsthätigkeit beschleunigt, die Athemgrösse gesteigert; nach grossen toxischen Dosen wird sie wesentlich verlangsamt. Die Menge der ausgeschiedenen Kohlensäure hat man immer als vermindert und den Verbrauch des Sauerstoffs als vermehrt angenommen. Nach den Versuchen von *Geppert* haben mässige und auch grössere Alkoholdosen keine wesentliche Wirkung auf die Sauerstoffaufnahme, und wird die Kohlensäureausscheidung gar nicht beeinflusst. *Wendelstaedt* hat zahlreiche Versuche bei nicht ermüdeten und bei ermüdeten Menschen angestellt. Er kommt zu dem Ergebniss, dass mässige Gaben Weingeist bei ersteren in den meisten Fällen die Athmung oft nur in geringem Grade, bei letzteren in allen Fällen und oft bedeutend steigerten. Bei letzteren ist die Wirkung des Weingeistes als eine centrale, vom Nervensystem ausgehende aufzufassen. Die einzelnen Athemzüge werden bei beiden in den allermeisten Fällen tiefer und nur in wenigen flacher (*Pflüger's* Archiv, Bd. 86, 1899, pag. 223 ff.).

Die allgemein verbreitete Meinung, dass alkoholische Getränke die Verdauungsthätigkeit begünstigen, wird durch das Experiment in keiner Weise bestätigt. Sicher ist, dass concentrirter Alkohol die physiologische Function des Magens vermindert oder ganz aufhebt *(Cl. Bernard, Frerichs)*; nur sehr verdünnter Alkohol vermag excitirend die Secretion zu steigern. Eine Verlangsamung derselben haben neue Versuche von *Ogata, Gluzinski, Buchner* erwiesen, und dasselbe haben auch *Blumenau* und *Kretschy* bei an Magenfistel leidenden Personen gefunden. Nach anderen *(Levin, P. Bert)* wirken auch schwache Dosen direct auf die Magenschleimhaut ungünstig ein; auch diese verzögern Anfangs die Verdauung, aber in die Blutmasse aufgenommen, bewirken sie eine die Verdauung fördernde Nervenerregung. *Frerichs* hat die Secretion des Magensaftes nach Alkohol vermehrt gefunden; andere *(Blumenau, Wolff)* sahen in der ersten Zeit eine Abnahme der Gesammtacidität und der Salzsäureproducte. *L. Wolff* hat beobachtet, dass Alkohol in kleinen Mengen die Salzsäureabsonderung erhöht, in grossen Dosen hingegen diese vermindert und auch die Peptonbildung hemmt. Dabei zeigt sich, dass nach wiederholtem Gebrauch von Alkohol die Magenschleimhaut auf den Reiz, den die gewöhnliche Nahrung ausübt, schwächer reagirte (Zeitschr. f. klin. Med. 1889). *Klemperer* glaubt, dass die Motilität des Magens durch Alkohol günstig beeinflusst werde, dass unter seiner Einwirkung viel mehr nach einer Zeiteinheit von dem Speisebrei in den Darm hinübergeführt werde als ohne ihn (ibid. 1890). *Rosenfeld* hält den Alkohol für ein psychisch vom Centralnervensystem aus wirkendes Stomachicum, und *Bunge* glaubt die Verlangsamung der Verdauung durch Alkohol dadurch zu beweisen, dass er darauf hinweist, dass nach einer Mahlzeit, bei

welcher alkoholische Getränke genossen werden, sich der Hunger viel später als bei gleichen alkoholfreien Mahlzeiten wieder einstelle (Lehrb. f. Physiol., pag. 134).

Die Steigerung der Nierensecretion durch Alkoholaufnahme kann als eine unbestrittene Thatsache gelten. Aus diesem Grunde wird der Alkohol immer als ein zuverlässiges harntreibendes Mittel angewandt. Aeltere wie neuere Beobachter stimmen darin überein, dass die Harnmenge bei ihren Versuchen in den sogenannten Alkoholtagen eine grössere war als in den alkoholfreien. Diese Wirkung beruht nach *Lehmann* auf der beschleunigten Wasserresorption durch den Alkohol; es scheint sich eine acute Hydrurie einzustellen. Auch die diuretische Wirkung des Bieres und des Weines wird nach *Mori* durch den Alkoholgehalt allein bedingt, wenn auch der mit einzelnen Getränken genossenen Kohlensäure eine geringe Wirkung zukommt. Die Ausscheidung der Harnsäure, des Endproducts der oxydirten Eiweisssubstanzen, ist nach den Versuchen von *Herrmann, v. Jaksch, Ries, Langner, Leber* herabgesetzt, nach anderen zeigt sich kein Einfluss auf den Eiweissstoffwechsel.

Die Thätigkeit der Schweissdrüsen wird durch Alkohol vermindert; *Wershoven* hat an sich selbst die Menge der Wasserausscheidung durch die Haut verringert gesehen, und diese Thatsache wird bekanntlich zur Einschränkung der übermässigen Schweisssecretion bei Phthisikern therapeutisch verwerthet.

Mit der Milch wird ein sehr geringer Theil des nicht im Körper oxydirten Alkohols ausgeschieden. Nur nach grossen Mengen kann er dort nachgewiesen werden (*Klingemann, Virchow's* Archiv, 1891). Nach *R. Rosemann* hat die Alkoholzufuhr auf die Absonderung der bekannten Milchbestandtheile keinen Einfluss; bei mässigen Alkoholdosen geht kein Alkohol in die Milch über, bei grösseren nur ganz geringe Mengen, höchstens 0·2—0·6% des eingeführten Alkohols (*Pflüg.* Arch., LXXVII). Nach einigen Beobachtern soll die Absonderung der Milch durch Alkoholzufuhr vermehrt, aber gleichzeitig die Qualität derselben abgeändert, und zwar soll der Fettgehalt vermehrt werden *(Stumpf)*.

* * *

Wenn der Alkohol zum allergrössten Theil im Organismus oxydirt wird, so lässt sich annehmen, dass er bei seiner leichten Verbrennbarkeit Kohlehydrate oder Eiweiss, die mit den Nahrungsmitteln eingeführt und durch deren Oxydation Spannkräfte zur Erhaltung des Körpers erzeugt werden, ersetzen und somit selbst als Nahrungs- oder Sparmittel gelten kann. Eine grosse Menge von Stoffwechselversuchen sind von vielen Seiten dahin gemacht worden, ob der Alkohol den Stoffwechsel beeinflusst und einen Nährwerth überhaupt *(Bodländer, Zuntz* und *Geppert)* habe, ob er Fett- oder Eiweisssubstanz ersetzen, resp. sparen kann (*Munk, Ries, Rubner, Voit, Keller, Stammreich, Miura, v. Noorden, Kayser, Strassmann, Neumann, Klemperer, Rosemann, Chotzen, Offer, Atwater* u. a.).

Nach *Munk's* Versuchen an Hunden zeigt sich, dass mittlere Alkoholdosen, die nur eine erregende, keine betäubende Wirkung ausüben, den Eiweisszerfall verringern, dass erst sehr grosse Mengen, die zu Schlaf und Benommenheit führen, die Eiweisszersetzung steigern. Die neuesten Ver-

suche von *Rosemann* über den Einfluss des Alkohols auf den Eiweissstoffwechsel sprechen dafür, dass er wohl imstande ist, die äquivalente Menge Kohlehydrat und Fett zu ersetzen, und dass er hierdurch thatsächlich eiweisssparend wirke. Dasselbe bestätigt auch *Offer* nach dem Ergebniss seiner Versuche (Centralbl. f. Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten, 1901, Nr. 22) und ebenfalls *Clopatt* nach seinen Versuchen (Berliner klin. Wochenschr. 1902, pag. 911). Nach *Rosenfeld's* Ausführungen sind einige Thatsachen ganz sichergestellt, die im Urtheil über die Bedeutung des Alkohols auf den Stoffwechsel als feste Grundlage dienen können. Seine Schlusssätze lauten: „1. Es ist sicher, dass der Alkohol im Körper zu mindestens 90% verbrennt. 2. Es ist sicher, dass nach Alkohol die Kohlensäure- und Sauerstoffmengen gar nicht oder nur unerheblich steigen; grössere Differenzen beruhen auf der Muskelunruhe, resp. Muskelruhe (Schlaf). 3. Damit ist erwiesen, dass der Alkohol für einen Körperbestandtheil oder einen Nahrungsstoff sparend eintritt. 4. Es ist sicher, dass der Alkohol immer Fett spart. 5. Es ist sicher, dass der Alkohol Eiweiss sparen kann." Wir werden noch später auf die ungemein wichtige Frage zurückkommen, ob und welchen Werth dem Alkohol als Nahrungsmittel zuerkannt werden kann.

Schon ältere Thierversuche von *Nasse, Duménil* und *Demarquay,* von *Walther* und *Richardson*, von *Binz* und seinen Schülern haben ein Sinken der Körpertemperatur nach Alkoholzufuhr gezeigt. Bei gesunden Menschen gelingt die Herabsetzung der Eigenwärme nur in einem geringen Grade. Das Gefühl der gesteigerten Wärme nach Alkoholgenuss beruht auf der Reizung der in der Magenschleimhaut befindlichen Nervenendigungen und auf der vermehrten Blutzufuhr nach der äusseren Haut. Letzteres geschieht vornehmlich durch eine vasomotorische Lähmung der kleinen Blutgefässe. Da durch diese eine gesteigerte Wärmeabgabe an die Aussenluft stattfindet, so tritt nach grösseren Alkoholdosen erfahrungsgemäss ein beträchtliches Sinken der Eigenwärme ein, die bei Betrunkenen bis auf 26° und 24° R. beobachtet ist.

* * *

Man hat bis in die Neuzeit hinein in dem Alkohol, da er ungemein schnell und leicht im Organismus oxydirt und insbesondere die respiratorischen Nahrungsmittel, Fett und Kohlenhydrate, zu sparen und zu ersetzen geeignet ist, eine Quelle für die mechanische Arbeitsleistung gesehen und geglaubt, dass er von günstiger Wirkung auf die Muskelthätigkeit sei. Die tägliche Erfahrung hat jedoch schon gezeigt, dass der Alkohol die andauernde Muskelarbeit nur nachtheilig beeinflusse (Bergsteigen, Sporttraining etc.). Und die Experimente von *Frey, Destrée, Scheffer,* von *Kraepelin* und seinen Schülern haben die Richtigkeit dieser Erfahrung erwiesen und erklärt.

Frey hat gefunden, dass der nicht ermüdete Muskel nach Alkoholgenuss, wie das Sinken und Steigen der Curven am *Mosso'*schen Ergographen zeigt, sowohl nach der Einzelleistung wie nach der Gesammtarbeit hinter der Normalleistung ohne Alkoholzufuhr zurückbleibt. Anders ist die Wirkung des Alkohols beim ermüdeten Muskel. Hier war die Einzelleistung eine gesteigerte und auch die Gesammtleistung eine grössere und zwar hauptsächlich durch Steigerung der Ausdauer. Die Wirkung tritt sehr

schnell nach der Alkoholaufnahme (1—2 Minuten) ein und dauert längere Zeit an. Nach *Frey* wirken kleine Alkoholdosen lähmend und zugleich neue Spannkräfte zuführend. Beim nicht ermüdeten Muskel kommt nur die erste Eigenschaft zur Geltung, da er noch Arbeitskraft genug besitzt und diese nicht mehr gesteigert werden kann; beim ermüdeten Muskel tritt nur die arbeitssteigernde Wirkung ein, weil die Arbeitskraft bei diesem verbraucht ist. Andere Experimentatoren, wie *Destrée, Kraepelin, Scheffer,* haben modificirte Ergebnisse beobachtet, ein kurz andauerndes Steigen der Muskelarbeit mit baldiger Erschlaffung sowohl beim ermüdeten wie nicht ermüdeten Muskel *(Destrée)*, eine nach der Alkoholzufuhr eintretende Steigerung der Leistung mit einer Ausdauer von 10 Minuten beim nicht ermüdeten und von nur 5 Minuten beim ermüdeten, mit einem sehr starken Sinken unter die Norm bei letzterem. *Scheffer* hat bei Selbstversuchen eine ähnliche Vermehrung der Arbeitsleistung mit einer darauffolgenden Herabsetzung beobachtet. Aus allen Versuchen geht mit Sicherheit hervor, dass durch den Alkohol eine kurzandauernde Steigerung der Muskelarbeit mit einem baldigen Sinken unter die Norm erzielt werden kann.

Schon nach sehr mässigen und kleinen Alkoholmengen zeigt sich eine auffallende Einwirkung auf das centrale Nervensystem. Unmittelbar nach der Aufnahme macht sich ein Gefühl allgemeiner Behaglichkeit und von Gehobensein des Gemeingefühls geltend, ohne dass störende Einflüsse auf die Function des Gehirns bemerkbar werden, obwohl diese bei einer genauen Analyse auch jetzt schon wahrzunehmen sind. Schon nach ganz kleinen Dosen, bei denen psychische Störungen gar nicht in die Erscheinung treten, machen sich nach den Beobachtungen von *Kraepelin* und seiner Schüler (*Smith, Fürer* u. a.) psycho-physische Beeinflussungen geltend (Ueber die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel, Jena 1892). Die Auffassung des Sinneseindruckes, der sensorische Theil der Empfindung, wird, wie *Kraepelin* erwiesen hat, schon nach kleinen Dosen erschwert, während die Auslösung dieser durch eine Bewegung, d. i. die Reactionszeit oder der psychomotorische Vorgang erleichtert wird. Die Fähigkeit, Vorstellungen im Bewusstsein zu verbinden, die Associationsthätigkeit, wird erschwert, insofern die Zeit, innerhalb welcher jene sich vollzieht, verlängert wird. „Es macht sich eine rasch eintretende und meist nach kurzer Zeit wieder verschwindende Verlangsamung der intellectuellen Vorgänge geltend." Bei Additionsversuchen zeigte sich eine Abnahme der Leistungsfähigkeit, die individuell sehr verschieden war, und beim Auswendiglernen von Zahlen war die Lerngeschwindigkeit bei den einzelnen Posten sehr verschieden; bei Leseversuchen zeigte sich zunächst eine Vermehrung und sehr bald eine Verlangsamung der Lesegeschwindigkeit. Bei den Zeitabschätzungsversuchen zeigte sich, dass die Schätzungswerthe immer zu kurz angegeben werden. Es zeigte sich bei allen psychischen Leistungen mit Betheiligung der intellectuellen, sensorischen und psychomotorischen Function eine Erleichterung, die nur kurze Zeit, höchstens 30 Minuten, nach der Alkoholaufnahme andauert, da alsdann diesen Vorgängen eine Erschlaffung folgt. Ist die Alkoholdosis eine grössere gewesen (30 Grm. abs. Alkohol), so tritt diese lähmende Erscheinung sofort ohne Erleichterung

ein und bei sehr kleinen Dosen (6—8 Grm.) nur eine Erleichterung. Schon ganz kleine Dosen rufen eine Erhöhung des Lust- und Gemeingefühls und neben dieser Euphorie gleichzeitig auch eine Verringerung des Hunger- und des Ermüdungsgefühls hervor.

Nach *Fürer's* Versuchen zeigte sich, dass schon ein sehr geringer Rausch die geistige Leistungsfähigkeit auf 24—36 Stunden beeinträchtigt und *Rüdin* hat beobachtet, dass die Auffassungsfähigkeit nach einer Rauschdosis (100 Grm. abs. Alkohols) schon nach 7—19 Minuten nach der Aufnahme erheblich erschwert und 4—12 Stunden andauert. Aehnliche Wirkungen haben auch *Smith, Kürz* bei ihren Versuchspersonen festgestellt.

Bei der Zufuhr grösserer Mengen werden Erscheinungen der Intoxication, Erscheinungen des Alkoholrausches je nach der individuellen Toleranz früher oder später sowie mehr oder minder intensiv sichtbar. Zunächst scheinen alle Functionen, die vom Nervensystem beherrscht werden, in ihrer Leistungsfähigkeit erhöht. Es tritt eine Steigerung der Associations- und Denkthätigkeit, eine expansive Stimmung, eine erhöhte Thätigkeit der Sinnesorgane, endlich auch eine gesteigerte Muskelagitation, wie lautes Sprechen und lebhafte Gesticulationen auf. Diesen Stadien der Excitation folgt das der Depression. Denken und Empfinden werden im intensiven Rauschzustande träge, Sprache und Gang undeutlich, schwerfällig, ungeordnet; das moralische Gefühl ist vermindert, das Bewusstsein benommen und auch ganz aufgehoben, so dass bei voller Unempfindlichkeit gegen äussere Sinneseindrücke sich Schlaftrunkenheit einstellt, die bis zum Aufgehobensein aller Motilität und Reflexerregbarkeit zu komatösem Schlaf und unter allmählicher Lähmung der Herz- und Athmungsthätigkeit selbst zum Tode führen kann.

Diese Anschauung, dass der Alkohol wie die anderen narkotischen Substanzen zuerst erregend und dann lähmend wirke, ist in der neueren Zeit aufgegeben. Mit *Schmiedeberg* schreiben *Bunge, Filehne* u. a. dem Alkohol nur eine lähmende Wirkung zu; was als Erregung erscheint, ist nur die Folge davon, dass gewisse Hemmungsfunctionen ausfallen, herabgesetzt oder gelähmt sind. Die erhöhte Agitationsthätigkeit, das gesteigerte Selbstgefühl ist nur die Folge der mangelhaften Coordination, des Aufgehobenseins des richtigen Urtheils und der Beherrschung des Gemeingefühls. Die psychische Erregung ist nur eine Lähmungserscheinung, weil das Urtheil, die Kritik, die Hauptfunction des Gehirns geschwächt ist. Es prävalirt das Gemüthsleben, die emotive Sphäre, daher die Offenherzigkeit, die Mittheilsamkeit; dahingegen wird das Schamgefühl betäubt und vor allem der psychische Schmerz, die Sorge, der Kummer, daher die heitere Stimmung; die Gesticulation wird lebhaft, weil die hemmende Wirkung fehlt, und mit dieser hängt, wie schon oben angedeutet, die zunehmende Pulsfrequenz zusammen.

Die Rauschwirkung tritt bei verschiedenen Individuen nach Zeit und Art verschieden ein. Bei vielen Personen reicht schon eine relativ geringe Menge hin, um schwere Rauschzustände hervorzurufen, und zwar bei solchen, die mit einer angeborenen oder erworbenen Schwäche des Nervensystems (erbliche Belastung, neuropathische Constitution, Epileptiker, nach einem Trauma, nach schweren Krankheiten) behaftet sind. Solche Personen haben eine sehr geringe Resistenz gegen Alkohol, sie sind intolerant gegen diesen. Auf die Intensität des acuten Rauschzustandes hat auch die Qualität des

Alkohols einen Einfluss. Je concentrirter und je mehr verunreinigt das alkoholische Getränk ist, desto schneller und intensiver tritt jener auf. Es ist erwiesen, dass die einzelnen Alkohole mit ihrem Gehalt an Kohlenstoff und mit der Höhe ihres Siedepunkts an Toxicität zunehmen, so dass der Butylalkohol mit 107° Siedepunkt bedeutend toxischer wirkt als der Aethylalkohol (78·5°), und dass der Amylalkohol (131·4°) am giftigsten wirkt *(Cros, Rabuteau, Richardson, Dujardin-Beaumetz* und *Audigé)*. Der Amylalkohol, der wesentlichste Bestandtheil des Fuselöls, wirkt nach *Rabuteau* 15mal activer als Aethyl- und 3—4mal activer als Butylalkohol. Die tödtliche Dosis pro Kilo beträgt nach den Versuchen von *Dujardin-Beaumetz* und *Audigé* für

Aethylalkohol	8·0 Grm.
Propylalkohol	2·9 „
Butylalkohol	2·0 „
Amylalkohol	1·7 „

Féré hat bei seinen Versuchen über den Einfluss des Alkohols auf die Entwicklung des Hühnerei-Embryos gefunden, dass der Aethylalkohol lange nicht so viel anomale missgestaltete todte Embryonen hervorbringe und auch nicht so viel kurzlebige Junge als die höherwerthigen Alkohole (Compt. rend. de la Société. de Biol. 1898 und 1899). — Besonders intensiv und schnell tritt schon nach der Aufnahme ganz geringer Mengen dieser Alkohole das Stadium der Depression ein, und wenn auch in den gebräuchlichen alkoholischen Getränken, selbst in dem concentrirtesten derselben, in dem Trinkbranntwein, die Mengen dieser Verunreinigungen ungemein gering sind, so ist ihre Anwesenheit bei grösseren und häufigeren Dosen sicher nicht ohne Bedeutung. *Strassmann* hat gefunden, dass bei einem Zusatz von 3% Amylalkohol die Wirkung sehr bedeutend und erst bei 1% diese nicht wesentlich gesteigert ist, und nach *G. Baer* ist bei der Gegenwart von 4% eines hohen Alkohols im Aethylalkohol die Giftigkeit beträchtlich und erst bei 1% ganz unbedeutend erhöht.

Viele Beobachter stimmen darin überein, dass der durch Fuselöl verunreinigte Branntwein durch den während vieler Jahre fortgesetzten Genuss, wie es bei der Gewohnheitstrunksucht beim Menschen der Fall ist, die schweren degenerativen Erscheinungen der Organe erheblich befördert. Nicht nur dass Beimengungen von Amylalkohol die acuten Intoxicationserscheinungen in einer viel stürmischeren Art hervorrufen, es ist auch an Thierversuchen erwiesen, dass durch lange fortgesetzte Einverleibung von Alkohol mit Beimengungen von Amylalkohol die fettige Degeneration und Infiltration der Zellen der Leber und des Gehirns sowie der Grad des Degenerationsprocesses sehr bedeutend verstärkt werde (*Afanassijew,* Beitr. zur pathol. Anatomie. Von *Ziegler*, pag. 443, Bd. 8, 1890). Wenn es auch richtig ist, dass die Gefahren des Alkoholismus durch den unmässigen Genuss des in allen berauschenden Getränken (Branntwein, Bier, Trauben- und Obstwein) enthaltenen Aethylalkohols allein verursacht werden, so ist doch ebenso sicher, dass jene um so grösser werden, je mehr diese Getränke mit fuselartigen und anderen gesundheitswidrigen Beimengungen verunreinigt sind. In neuester Zeit (1896) hat auch eine von der Académie de Médecine in Paris eingesetzte Commission in einer Resolution erklärt: „Die Gefahr (sc. des Alkoholismus) wird grösser sowohl durch das Vor-

handensein von Unreinigkeiten, von schlechtem oder gar nicht rectificirtem Alkohol, von Furfurol, von Fusel etc., oder durch Hinzuthun von künstlichen Bouquets, von Essenzen und Oelen, von Substanzen, welche wirkliche Gifte sind."

Wie gross die tödtliche Dosis von Aethylalkohol beim Menschen ist, ist nicht mit Bestimmtheit anzugeben. Wie die Erfahrung zeigt, bleiben bisweilen erstaunlich grosse Mengen mit einem Male aufgenommen ohne tödtliche Wirkung ($^1/_2$ Flasche Brandy, $^3/_4$ Liter Branntwein, $^3/_4$ Liter Rum). Dort, wo infolge grosser Mengen sehr concentrirten Alkohols der Tod nach Art einer acuten Intoxication eintritt, findet man bisweilen Ulcerationen und Corrosionen im Magen und im Darmtractus. Bei weniger concentrirtem Alkohol sind in den Intestinalorganen keine Veränderungen vorhanden, dafür aber (nach *Morgagni, Caspar, Maschke*) constant Hyperämie in den Lungen, im Herzen und vor allem in den Hirnhäuten und im Hirn selbst. Der Tod erfolgt, auch wenn der Alkohol in verdünnter Form genommen war, durch die Einwirkung auf das cerebrospinale Nervensystem unter den Erscheinungen tiefen Comas.

* * *

Wie an andere giftige Stoffe kann der menschliche Organismus sich ohne scheinbare Schädigung seiner Gesundheit auch an den Alkohol gewöhnen. Die toxischen Wirkungen treten bei mässigen und kleinen Mengen weniger intensiv auf, und in immer kürzeren Intervallen macht sich das Bedürfniss nach neuer Zufuhr geltend. Wodurch die Gewöhnung geschieht, ist bis jetzt noch nicht klar gelegt. Die einen nehmen an, dass der Alkohol mit der häufigeren Zufuhr schneller im Organismus oxydirt und nur sehr kurze Zeit als solcher mit den Gewebszellen in Berührung bleibt; andere meinen, dass der Alkohol an die toxophoren Seitenketten der Hirnsubstanz gebunden, und dass nach der *Ehrlich*'schen Seitenkettentheorie eine gewisse Immunität hergestellt wird. *Marmaldi* hat gefunden, dass das Serum von Hunden, welche durch steigende Dosen von Alkohol gegen diesen unempfindlich gemacht sind, eine starke neutralisirende Wirkung auf grosse Alkoholdosen auszuüben vermögen. — Indessen lehrt die Erfahrung, dass die häufig eingeführten kleinen Dosen, an die der Organismus sich scheinbar gewöhnt hat, nichtsdestoweniger eine wesentlich schädliche Wirkung ausüben. Es tritt hier, wie bei anderen Giften, eine Cumulativwirkung ein durch die Fortdauer der Reizwirkung, auch wenn der Alkohol schon aus dem Organismus entfernt ist, bis zur Setzung des neuen Reizes. Noch bevor die Störung des ersten Reizes ausgeglichen ist, wirkt der neue Reiz ein. Auch wenn der Alkohol oxydirt oder ausgeschieden ist, hält seine schädliche Wirkung auf die Zelle noch lange Zeit an. Es handelt sich hier nicht, wie *Strümpell* betont, um eine Summation des toxischen Stoffes selbst, sondern um ein andauerndes Nachbleiben der durch die chronischen Wirkungen desselben einmal eingetretenen, an sich auch noch so geringen Veränderungen in dem Gewebe selbst. Diese Veränderungen wachsen allmählich immer mehr und mehr, bis sie schliesslich in den dauernd krankhaften Zustand übergehen. Auf diese Weise kommt es, dass bei der andauernden Zufuhr von kleinen Dosen Alkohol je nach den begleitenden äusseren Umständen und nach der individuellen Disposition alle Organe und Gewebe des Organismus krankhafte Veränderungen erleiden.

Als locale Reizwirkungen des Alkohols machen sich schon sehr früh die Katarrhe des Rachens und des Magens geltend. Sie treten um so früher auf, je concentrirter derselbe eingeführt wird. Die Entzündung und die Veränderung der Magen-Darmschleimhaut führt erfahrungsmässig schwere Störungen der Verdauungsthätigkeit und der Gesammternährung herbei (chronische Gastritis und Enteritis bis zur congestiven Hämorrhagie; Erbrechen, Durchfall, Dyspepsie mit schweren Ernährungsstörungen).

In der Leber, in welche der Alkohol vom Magen aus mit dem Blute zunächst gelangt, bringt er sehr häufig weit verbreitete Veränderungen hervor. Es kommt hier in fast specifischer Weise zunächst zu sehr starker Blutüberfüllung mit Vergrösserung, Schwellung des Organs mit Ablagerung von Fett zwischen die Leberzellen (Fettleber) mit anfänglicher Vergrösserung und späterem Schwund des Organs. Die Fettleber, glaubt man, entstehe bei Trinkern durch die mangelhafte Oxydation der Kohlenhydrate und der Fette, da der Alkohol selbst für sie verbrenne, ferner infolge der Verlangsamung des Stoffwechsels durch den Alkohol und endlich auch dadurch, dass aus dem Blute, das bei chronischen Trinkern viel Fett enthält, sich dieses in der Leber ablagere. Die Entstehung der Fettleber bei Trinkern scheint mit der allgemeinen Fettleibigkeit derselben zusammenzuhängen. Das Fett lagert sich in den Leberzellen selbst ab, zuerst in der Peripherie der Acini und dann nach dem Centrum hin fortschreitend. Die Leber ist schwerer und vergrössert, der Leberrand abgerundet, die Oberfläche glatt und von blasser Farbe. Wenn es auch nicht gelingt, bei Thieren durch Alkoholfütterung immer starke ausgeprägte Fettleber hervorzurufen, so ist doch ihr häufiges Vorkommen bei Menschen nach langem habituellen Alkoholmissbrauch ausser allem Zweifel. — Von dieser einfachen Fettinfiltration ist die fettige Degeneration der Leber wesentlich zu unterscheiden; bei dieser ist die Leberzelle selbst erkrankt. Sie zeigt sich zuerst körnig getrübt (parenchymatöse Hepatitis) und später finden sich in ihrem Innern eine Menge kleiner Fetttröpfchen. Diese Krankheit wird nur selten oder kaum durch Abusus spirit. bedingt.

Von viel grösserer Bedeutung ist die Leberschrumpfung, die Lebercirrhose, die eigentliche specifische Säuferleber. Durch die Wirkung des Alkoholreizes entsteht eine Vermehrung und Verdickung des Bindegewebsgerüstes, das von dem Ueberzuge der Leber, der *Glisson*'schen Kapsel, ausgehend, alle Gefässe, Nerven und Gallengänge begleitet und zuletzt die Leberläppchen umgibt. Durch die Wucherung des Bindegewebes ist die Leber zuerst in ihrer Gesammtheit vergrössert, später aber bedingt das neugebildete und schrumpfende Bindegewebe einen Schwund der Leberzellen, sowie eine Compression der Blutgefässe und der Gallengänge, so dass die Gallensecretion und die Blutcirculation erheblich gestört werden. Die Leberoberfläche wird ungleich, hart, knollig; es entsteht Bauchwassersucht, Gelbsucht, nicht selten Blutbrechen, Abmagerung mit tödtlichem Ausgang des langsam verlaufenden Leidens. — Die Lebercirrhose kommt nicht zu häufig bei Trinkern vor, weil sie sich nur nach sehr langem Alkoholmissbrauch entwickelt, und jene schon früher anderen Erkrankungen erliegen. Die Lebercirrhose kommt am häufigsten bei Schnapstrinkern vor (Gin-liver, Hobnail-liver der Engländer). Sie wird in den eigentlichen Schnapsländern am häufigsten gesehen, so in den Seestädten Norddeutschlands und Englands (*M. Huss, Budd, Dickinson, Frerichs*). In

neuester Zeit will man die Entstehung der chronischen interstitiellen Hepatitis (Lebercirrhose) bei Alkoholisten in der Weise erklären, dass der Alkohol eine Gastroenteritis erzeugt und diese wieder zu abnormen Zersetzungen, zur Bildung von Fettsäuren, Indol etc. führt, und endlich zur Aufnahme dieser Zersetzungsproducte, vielleicht auch von Bakterien in das Pfortaderblut und damit in die Leber *(Hoppe-Seyler)*. — Ein nicht gar zu seltenes Vorkommniss bildet die Lebercirrhosis bei Kindern im frühesten und späteren Alter, denen Alkohol in habitueller Weise gereicht wird (*Barlow, Demme, Ranke, R. Weber* u. a.).

Zu erwähnen ist noch, dass in neuerer Zeit *Strümpell, Krehl* nach Genuss grosser Mengen von Bier vorübergehend eine alimentäre Glykosurie bei Trinkern nachweisen konnten. Es scheint diese von der Beschaffenheit des Biers, von dessen Gehalt an Zucker und Kohlenhydrat abhängig zu sein; indessen trägt der Alkoholgehalt allein nach *Krehl's* Ansicht sehr viel zur alimentären Glykosurie bei. *Strümpell* weist auf den Bierdiabetes, wie er ihn kurzweg bezeichnet, als eine mit dem Alkoholismus zusammenhängende Form von Diabetes melitus hin, die bei Fettleibigen und besonders bei Studenten in vorgerückten Semestern, vorzugsweise bei übermässigem Biertrinken im Verein mit sonstigen ganz typischen alkoholischen Erkrankungen (Polyneuritis) vorkommt.

Auch bei der schwersten Form der Nierenerkrankung, bei der Nierenschrumpfung, bildet der übermässige Alkoholgenuss eine der wichtigsten Gelegenheitsursachen. Schon nach der Zufuhr einmaliger grosser Alkoholdosen hat man bei Thieren *(Nicloux, Pentzoldt)* und bei Menschen *(Glaser)* im Harn Leukocyten und Eiweiss, sowie hyaline Cylinder auftreten sehen, Erscheinungen, die einer acuten Nephritis zukommen. *Fürstner* hat bei Alkoholisten im Delir. tremens und auch nach einer Attaque von Epilepsie Eiweiss im Harn gefunden, und schon lange haben ältere Beobachter die chronische Nierenentzündung mit dem Ausgang in granulöse Degeneration (Morb. Brightii, Schrumpfniere) allein oder zum grossen Theil dem Alkoholmissbrauch zugeschrieben *(Bright, Christinsen, Huss, Halmsten, Frerichs)*. Die typische Granularatrophie der Nieren, die zur allgemeinen Wassersucht mit tödtlichem Ausgang führt, wird nicht allein bei Schnaps-, sondern auch bei Biertrinkern beobachtet.

Die schwersten Schädigungen erleidet das Herz und das Gefässsystem. Durch den Alkohol wird der Herzmuskel zu stärkerer Action angeregt, und mit der Vermehrung der Arbeitsleistung nimmt der Herzmuskel und zunächst der linkel Ventrikel an Masse und Volumen zu. Diese Hypertrophie wird um so grösser, je mehr Widerstand das Herz zu überwinden hat durch Störungen in dem Blutkreislaufe, die sich hier leicht und häufig in der Lunge, Leber, Nieren einstellen. Auf die Vergrösserung des Herzmuskels folgt später bei fortgesetzter gesteigerter Arbeitsleistung eine Erschlaffung und eine Erweiterung der Herzkammern und schliesslich ein Nachlass der Leistungsfähigkeit des Herzens mit schweren Störungserscheinungen in den Körperorganen, die zu vielen Krankheitserscheinungen (Dyspnoë, Katarrhe der Luftwege, Wassersucht etc. etc.) führen. — Eine erhebliche Störung der Herzthätigkeit macht sich bei Potatoren schon relativ frühzeitig bemerkbar dadurch, dass bei diesen an verschiedenen Organen und auch auf dem Herzen und zwischen den Muskelbündeln desselben eine Ablagerung von Fett stattfindet, dass auch ausser dieser einfachen

Fettauflagerung und Fettinfiltration durch einen vom Endokard ausgehenden entzündlichen Process die Herzmuskelfasern schliesslich einen fettigen Zerfall erleiden. Durch diese Veränderungen der Structur der Muskelfaser wird der Mechanismus und die Function des Herzens wesentlich beeinträchtigt; es treten Herzpalpitationen, asthmatische Beschwerden mit mannigfachen Kreislaufstörungen als die unausbleiblichen Folgen ein. — Besonders häufig finden sich ausgedehnte Herzhypertrophien mit allgemeiner Dilatation bei starken Biertrinkern. Hier kommt ausser der Reizwirkung des Alkohols hauptsächlich die grosse Menge von Flüssigkeiten, die täglich dem Körper zugeführt werden — ein starker Biertrinker nimmt jahrelang täglich 8—10 Liter Bier zu sich, d. i. 16—20 Pfund Flüssigkeit — in Betracht, da diese unmässige Belastung des Kreislaufes mit Erhöhung des Blutdruckes eine Ueberarbeit des Herzens verursacht, die zunächst zur Hypertrophie und dann zur Erlahmung des Herzmuskels führt. In diesem Verhalten hat *Bollinger* die Ursache der in München so häufig vorkommenden idiopathischen Herzvergrösserung gefunden und diese selbst mit dem Namen „Bierherz" belegt.

Die Herzthätigkeit wird endlich auch beim chronischen Alkoholgenuss durch eine gleichzeitige Erkrankung des Gefässsystems betroffen, und zwar sowohl der grösseren als der kleineren Gefässe. Die letzteren erleiden durch die gesteigerte Herzthätigkeit und durch den von dieser ausgehenden erhöhten Blutdruck eine Erweiterung ihres Volumens, die noch durch die vasomotorische Lähmung seitens der Gefässnerven vermehrt wird. In den grossen Arterien werden durch den beständigen Alkoholreiz von der Intima ausgehend entzündliche Processe hervorgerufen, die einen fettigen Zerfall der Gewebselemente, der Gefässwandungen, mit einer Hyperplasie und mit einer Ablagerung von Kalksalzen zur Folge haben. Nach *Grossmann* wirkt der Alkohol zunächst auf die Parenchymzellen der Niere, Leber etc., und diese Schädigung der Parenchymzellen bringt ein toxisches Moment hervor, indem die Function dieser Organe verändert und die Entgiftung des Organismus mangelhaft wird, und erst jetzt tritt die arteriosklerotische Veränderung der Gefässe ein. Durch diesen Krankheitsvorgang (atheromatöse Degeneration, Arterio-Sklerose) verlieren die grossen Gefässe ihre Elasticität, und in den starren erweiterten Röhren wird das Blut langsamer fortbewegt, so dass rückwirkend der Herzmuskel einen grösseren Kraftverbrauch aufwenden muss, um diesen Widerstand zu überwinden.

Es ist bereits oben erwähnt, dass bei Trinkern der Magen und Darmtractus zu früher Zeit schon schwere Veränderungen erleidet. Durch den häufigen Reiz des Alkohols wird gleichzeitig die Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens in einen entzündlichen Zustand versetzt, so dass Schwellung, Röthung und vermehrte Absonderung reichlichen zähen Schleimes mit quälendem Räuspern, Husten, mit Trockenheit im Halse und Kitzelreiz, Brechneigung (chronische Pharyngitis) hier fast niemals fehlen. Dasselbe ist auch der Fall in den ersten Luftwegen. Vom Rachen aus pflanzt sich der katarrhalische und entzündliche Process auf den Kehlkopf fort, so dass die rauhe und heisere Stimme ein charakteristisches Zeichen der fortgeschrittenen Trunksucht bildet. Hin und wieder wird die Schleimhaut durch warzenartige Auflagerungen und Wucherungen an den Stimmbändern derartig verdickt, dass sie eine Pachydermie darstellt *(R. Virchow*, Pachydermie des Larynx

bei Trinkern. Berl. kl. Woch. 1883, pag. 321). Vom Kehlkopf aus geht der katarrhalische Zustand auf die Bronchialschleimhaut über; je mehr die feineren Luftwege und in je ausgedehnterem Maasse diese ergriffen werden, und je länger jener andauert, desto grösser sind die Destructionsprocesse in dem Respirationsapparat, desto vielgestaltiger und quälender die Krankheitserscheinungen. Infolge des chronischen Bronchialkatarrhs kommt es zu Lungenemphysem, zu Bronchiektasien, zu quälendem Husten, Kurzathmigkeit und asthmatischen Beschwerden. Diese Affectionen im Respirationsapparat werden in dem späteren Stadium der Trunksucht noch mehr gesteigert, wenn sich die Folgen der Stauungserscheinungen seitens der Leber, Nieren, des Herzens geltend machen.

Frühere Beobachter haben bereits auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trunksucht und Phthisis *(Clark, Richardson, Lancereaux, Charcot)* und in neuester Zeit ist vielfach auch in Deutschland (*Strümpell, Bollinger, Mosler, Thieron, Büdingen, A. Baer, Hoppe, Liebe, Bonne* u. a.) auf das häufige Vorkommen von Phthisis bei Potatoren hingewiesen worden. Durch genaue statistische Nachweise ist sichergestellt, dass Personen, die berufsmässig mit alkoholischen Getränken beschäftigt sind, wie Schank- und Gastwirthe, Brauer und besonders die Bediensteten in diesen Berufsarten (Kellner) weit häufiger an Phthisis sterben, als andere Personen in demselben Alter in anderen Erwerbsarten. Wenn die Sterblichkeit an Phthisis bei allen Todesursachen gleich 100 ist, so ist sie nach Dr. *Tatham* (Registral General) bei Brauern 198, bei den Schank- und Gastwirthen in England 168. Unter 1000 Todesfällen der Gesammtbevölkerung kommen nach Dr. *Ogle* im Alter von 25—65 Lebensjahre auf Phthisis 220, bei den Brauern hingegen 334, bei den Schankwirthen 295. Auf die Tuberculose kommen 1884—1893 in Preussen 24·6% der Todesfälle bei den verstorbenen Gastwirthen, 25·2% bei Schankwirthen, 53·90% bei Kellnern. Immer mehr wird die Ueberzeugung allgemein, dass neben der directen Infection durch den Tuberkelbacillus, den *R. Koch* als den Krankheitserreger kennen gelehrt hat, zur Entwickelung der Krankheit eine gewisse Disposition und ein empfänglicher Nährboden gehört. „Diese Disposition schafft aber, wie wir an einer anderen Stelle ausgeführt (*Baer,* Bericht über den Congress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit, Berlin 1899, pag. 634), der Alkoholmissbrauch in einem hohen Grade dadurch, dass er die gesammte Constitution des Trinkers und seine Widerstandskraft herunterbringt, so dass die Infection mit dem specifischen Virus sehr erheblich erleichtert wird. . . . Der ursächliche Zusammenhang zwischen Alkohol und Lungentuberculose kann als ein inniger auch deshalb und vielleicht um so mehr angesehen werden, als bei Trinkern die ersten und weiten Luftwege sehr häufig den Sitz örtlicher krankhafter Veränderungen bilden und einen günstigen Nährboden für den Tuberkelbacillus abgeben.“ *Strümpell* meint, dass durch die Schädigung, welche der Organismus durch den chronischen Alkoholmissbrauch erleidet, vielleicht die Disposition, die Empfänglichkeit für Tuberculose sich steigert; ein grosser Theil der Gründe, warum Trinker besonders häufig an Tuberculose erkranken, ist auch darin zu suchen, dass sie sich der Infectionsgefahr durch das Sitzen in den schlecht ventilirten Räumen, in der vielfach mit Tuberkelbacillen beladenen Luft aussetzen (Münch. med. Wochenschr. 1890, pag. 153). In diesem Sinne hat auch auf dem letzten Tuberculose-Congress (1901) in London *Brouardel*

die grosse Gefahr des Alkoholismus für die Ausbreitung der Tuberculose mit besonderem Nachdruck hervorgehoben. „Es ist, meint er, sicher, dass die Trunksucht der Erkrankung an Tuberculose den Boden vorbereitet."

Bei der fast specifischen Affinität des Alkohols zum Nervensystem sind die Veränderungen, die dieses durch die chronische Alkoholintoxication erleidet, ungemein mannigfach. Schon der Gehirnschädel des Gewohnheitstrinkers nimmt ein besonderes pathologisches Gepräge an. Durch Hypertrophie und Hypersklerose wird die äussere und innere Knochentafel verdickt und die Diploë durch concentrische Neubildung von Knochengewebe um die Markcanäle dick und hart. Die Hirnschale ist schwerer als sie sonst zu sein pflegt; an der Innenfläche sind die Gefässfurchen tief ausgeprägt und auch viele grubenartige Vertiefungen für die Pacchionischen Drüsen vorhanden. Die durch active Fluxion und passive Stase, die durch atheromatöse Erkrankung der kleinen Gefässe und deren Erweiterung bedingte Blutüberfüllung innerhalb der Schädelhöhle führt zu Entzündungen und Verdickungen der harten Hirnhaut (Pachymeningitis interna chronica), zu Trübungen und Verdickungen der Pia mater und der Arachnoidea, zu den zahlreichen Pacchionischen Wucherungen und zur Verwachsung derselben mit der Hirnoberfläche (chronische diffuse Periencephalitis). Die chronische centrale Hyperämie führt zu apoplektischen Ergüssen in und zwischen die Hirnhäute, in die Hirnsubstanz und auch in die Hirnhöhlen, zu entzündlichen Processen der Hirnsubstanz selbst, zu Encephalitis mit dem Ausgang in Hirnschwund (Hirnatrophie). Neben diesen makroskopischen Veränderungen sind besonders diejenigen hervorzuheben, welche die Ganglienzellen der Grosshirnrinde treffen. Fettige Entartung, Vacuolenbildung mit Schwellung und Zerfall sind im Ganglienkörper, sowie in den Fortsätzen desselben und in der Neuroglia von zuverlässigen Beobachtern sowohl beim Menschen als bei Thierversuchen gesehen worden *(Dehio, Nissl)*.

An den Häuten des Rückenmarks finden sich Entzündungserscheinungen derselben Art, Trübungen, Verdickungen und Verwachsungen, wie am Gehirn, und in neuerer Zeit (*Vas*, Zur Kenntniss der chronischen Nikotin- und Alkoholvergiftung. Arch. f. exp. Pathologie, 1899, pag. 141) gelang es auf experimentellem Wege, in den Ganglienzellen des Vorderhorns Degenerationserscheinungen durch Alkohol zu erzeugen. Anderweitige Veränderungen in den einzelnen Theilen des Rückenmarks sind bis jetzt weder in der acuten, noch in der chronischen Alkoholintoxication mit Sicherheit festgestellt worden, doch dürfte das Vorhandensein von mannigfachen anderweitigen degenerativen Erscheinungen auch hier zu vermuthen sein.

Genauer bekannt sind die pathologischen Veränderungen, welche die peripheren Nerven im chronischen Alkoholismus erleiden. Entzündliche Vorgänge bringen im langsamen Ablauf einen degenerativen Zerfall der Nervenfasern sowie eine Schwellung der Nervenscheide und des Bindegewebes, das die einzelnen Nerven umgibt, hervor. In den meisten Fällen verschwindet der Achsencylinder in der Nervenfaser und löst das feinmaschige Netzwerk der Nervenzelle auf, so dass die Nervenzelle mit Fettkörnchen angefüllt ist, und schliesslich Schwund der Markscheide mit Verdickung des Neurilemms zurückbleibt.

Auch kann infolge des Abus. spirit., wie neuere Beobachter *(Siemerling. Thomsen, Oppenheim* u. a.) gezeigt haben, das Muskelgewebe an der entzündlichen Erkrankung theilnehmen und schwere Schädigungen erleiden. Es kommt in den Muskeln selbst zur Wucherung des interstitiellen Bindegewebes mit Schwund der Muskelfaser und partieller Hypertrophie *(Siemerling)*, zur Vermehrung der Kerne und der Fasern *(Oppenheim)*, und selbst bei intacter Beschaffenheit der Nerven kommen alleinige Veränderungen des Muskelgewebes vor *(Eichhorst)*.

Mit diesen Veränderungen im centralen wie peripheren Nervensystem im engsten ursächlichen Zusammenhang stehen die vielen Krankheitserscheinungen, von welchen Potatoren heimgesucht werden, und zwar sowohl zu einer Zeit, in welcher die Nervenelemente nur eine functionelle und reparable, noch keine bleibende Störung, als in dem Stadium, in welchem sie bereits organische und irreparable Veränderungen erlitten haben. Von der Entzündung einzelner oder mehrerer Nerven zu gleicher Zeit (Polyneuritis, multiple Neuritis) hängen eine Reihe sensibler und motorischer Störungen ab, die bei Trinkern in charakteristischer Weise auftreten. Zu den ersteren sind die vielen neuralgischen Beschwerden zu rechnen, die reissenden, ziehenden Schmerzen in den Gliedmaassen, das Kriebeln, Ameisenlaufen, das Gefühl von Kälte und Taubsein (Hyper-Par-Anästhesien); zu den letzteren auch die mehr oder minder ausgeprägten Paresen und Paralysen einzelner Muskelgebiete, wie der Zunge, des Rumpfes, der Arme und der Beine. In letzterem Falle wird, besonders wenn gleichzeitig heftige sensible Erscheinungen vorhanden sind (lancinirende Schmerzen etc.), nicht selten das Bild der Tabes vorgetäuscht (Pseudo-Tabes).

Zahlreicher noch sind die Krankheiten, welche durch die Veränderungen im centralen Nervensystem bedingt werden, und deren Erscheinungen sich auf dem psycho-sensoriellen Gebiet äussern. In erster Reihe ist die schon früh auftretende Degeneration des Gesammtcharakters zu nennen, der Verlust des sittlichen Gemeingefühls, der Willens- und Thatkraft. Hierher gehören die beim chronischen Alkoholismus auftretenden und vorübergehenden acuten hallucinatorischen Delirien (Delirium tremens), sowie die infolge der oben genannten krankhaften Vorgänge an den Gehirnhäuten, und ebenso infolge der chronischen Hyperämien entstehenden apoplektischen, capillären Blutungen mit den nachfolgenden Erweichungsherden, den sich ausbildenden Verblödungserscheinungen, die Alkoholparalyse und der Alkoholblödsinn; hierher gehört der Alkoholwahnsinn mit den fluchtartigen, sehr wechselnden Wahnvorstellungen: und endlich auch die allgemeine Verrücktheit mit Verfolgungs- und dem fast specifischen, charakteristischen Eifersuchtswahn. Bekannt ist, dass im Verlaufe der chronischen Alkoholintoxication sich Anfälle von ausgesprochener Epilepsie, von allgemeiner Neurasthenie, von Schwäche- und Erschöpfungszuständen des centralen Nervensystems einstellen und auch Erscheinungen allgemeiner Hysterie (Hemianästhesie, hysteroepileptische Krampf- und Dämmerzustände *[Charcot, Magnan]*). Zu erwähnen ist noch die von *Korsakow* zuerst beobachtete Geistesstörung bei Trinkern, die sich dadurch kennzeichnet, dass das Gedächtniss für die jüngste Vergangenheit in einem auffallend hohen Grade herabgemindert ist, dass die Kranken sehr ausgeprägte Erinnerungsdefecte zeigen und

sich euphorisch, nur selten erregt und deprimirt verhalten. Diese Störung soll besonders häufig mit der Polyneuritis alcoholica zusammen vorkommen.

Von der zerstörenden Wirkung der chronischen Alkoholintoxication bleiben die Gehirn-, insbesondere auch die Sinnesnerven (Vagus, Facialis, Hypoglossus und Abducens) nicht verschont. Veränderungen der Sehnerven (Neuritis optica) mit schweren Sehstörungen, Farbenblindheit, Amblyopie und Amaurose sind schon früher von *Galezowski* und besonders von *Uhthoff* in grosser Zahl bei Trinkern beobachtet (Blässe der temporalen Papillenhälfte, Trübung des Augenhintergrundes, Retinalblutungen). Auch Augenmuskellähmungen (Ophthalmoplegia alcoholica) mit gänzlicher oder aber fast gänzlicher Unbeweglichkeit des Auges sind beobachtet worden *(Thomsen, Wernicke)*. Auch der N. acusticus soll allerdings in sehr seltenen Fällen betroffen werden (Neuritis acustica bei Polyneuritis alcoholica); perverse Gehörsempfindungen (Ohrensausen, Ohrenklingen) mit fortschreitender Schwerhörigkeit bis zur completen Taubheit soll die Folge dieser Affection sein *(Triquet, Strümpell)*. Bei habituellen Trinkern werden auch vielfache Erkrankungen der Haut (Urticaria, Furunkel, Sklerodermie, Erythromelalgie, schmerzhafte Röthung der Finger und Zehen, umschriebenes Hautödem) beobachtet und als Störungen des trophischen und vasomotorischen Systems gedeutet.

* * *

Zum Schlusse dieses Abschnittes sei noch darauf hingewiesen, dass man bei Trinkern eine Reihe von Krankheiten relativ häufig beobachtet, deren Entstehung wesentlich darauf zurückzuführen ist, dass durch den Alkohol der allgemeine Stoffwechsel herabgesetzt, und durch die Anhäufung der unvollständig oxydirten Stoffgemenge abnorme Ablagerungen in einzelnen Organen zustande kommen, die zu allgemeinen Erkrankungen führen. Man weiss schon lange, dass durch reichlichen Alkoholgenuss besonders bei einer luxuriösen Lebensweise typische Gicht und sonstige gichtische Ablagerungen vorkommen. Der Alkohol hemmt die vollständige Oxydation der Eiweissstoffe und deshalb der Ueberschuss von Harnsäure im Blute (Blasenstein, Harngries). — Des Vorkommens von Zucker bei Biertrinkern (alimentäre Glykosurie) (*Strümpell's* Bierdiabetes) ist schon oben gedacht worden, aber auch bei Branntweintrinkern, insbesondere bei Deliranten, haben neuere Beobachter *(Strauss)* Zucker im Urin nachweisen können. Endlich ist schon frühzeitig und von vielen Seiten auf die allgemeine Fettleibigkeit der Trinker hingewiesen und dieselbe mit dem abnorm reichen Fettgehalt des Blutes in Zusammenhang gebracht worden. Auch die übergrossen Ablagerungen von Fett im Unterhautgewebe, in den Bauchdecken, im Netz und in den Organgeweben lassen sich als Producte des gesammten Stoffwechsels erklären, weil durch die Verbrennung des Alkohols das abgelagerte Fett nicht verbraucht wird, das Eiweiss nur zu Fett zerfällt und nicht weiter oxydirt wird. Nach *Rosenfeld* entsteht die Fettleibigkeit der Trinker lediglich durch den Nahrungsüberschuss, weil der Alkohol nach Maassgabe seiner Calorien einen Theil der Kostcalorien spart und Fett, sowie auch Eiweiss zum Ansatz bringt.

Die Fettleibigkeit der Trinker ist nach ihm eine einfache Mästungserscheinung.

* * *

Die pathologischen Veränderungen, welche in den einzelnen Organen durch den gewohnheitsmässigen Alkoholmissbrauch entstehen, und die Krankheitserscheinungen, welche bei dem Trinker zur Geltung kommen, sind keineswegs an eine gesetzmässige Reihenfolge ihres Auftretens, weder nach Zeit, noch nach der Oertlichkeit der Affection, gebunden. Von der individuellen Toleranz und Reactionsfähigkeit, von der Art des consumirten alkoholischen Getränkes und nicht minder von den hygienischen Verhältnissen, in welchen der Trinker sonst lebt, wird es nicht zum kleinen Theil abhängen, welche Organsysteme zuerst und in welcher Intensität sie erkranken. Der Alkoholismus zeigt sich in den sog. Schnapsländern nicht unwesentlich anders, als in den Bier- und Weinländern. Während der Branntweintrinker meisthin zuerst an den Affectionen des chylopoëtischen, des Respirationssystems und relativ schon früh und vorzugsweise an hochgradigen Intoxicationswirkungen des Nerven- mit der consecutiven Degenerescenz des psychischen Systems leidet und wohl auch nach einer nicht zu langen Andauer zu Grunde geht, tritt bei dem Bier- und Weintrinker in der Regel die Erkrankung des Circulationsapparates zuerst in den Vordergrund und langsam verlaufend stellen sich Complicationen seitens der anderen Systeme ein, die meist erst spät zum letalen Ausgang führen. Die klinischen Wahrnehmungen am lebenden Trinker und der weitere Befund durch die Autopsie lehren, dass niemals ein Organ allein bei dem chronischen Alkoholisten verändert ist; es zeigt sich vielmehr regelmässig, dass bei demselben Individuum ein weit verzweigter Complex mannigfaltiger, tiefer Schädigungen der verschiedensten Gewebe und Organe gleichzeitig vorkommt.

* * *

Meine Herren! Aus den bisherigen Ausführungen ist festgestellt, dass schon eine einmalige grosse Dosis Alkohol dem Organismus schwere Gifterscheinungen zufügt, Giftwirkungen, die der Körper erst nach längerer Zeit und häufig nicht mehr ganz auszugleichen vermag. Es kann weiterhin als sichergestellt gelten, dass auch mässige und kleine Mengen Alkohol häufig und gewohnheitsmässig in den Körper eingeführt durch die cumulative und irritirende Wirkung früher oder später alle Organe desselben krankhaft zu verändern und selbst zu zerstören geeignet sind. Man hat vielfach von einer sog. physiologischen Alkoholdosis gesprochen, d. h. von einer Alkoholdosis, welche ohne jede Schädigung dem Organismus einverleibt werden kann, so dass sie innerhalb des physiologischen Effects auf den Organismus verbleibt und keine pathologische Erscheinung in demselben hervorruft. Als solche haben frühere Beobachter diejenige Dosis bezeichnet, welche in 24 Stunden genossen im Organismus vollkommen oxydirt und in keiner Spur im Urin mehr nachgewiesen werden kann *(Parkes* und *Wollowicz)*. In dieser Weise hat man 30 bis 45 Grm. absoluten Alkohols als das Maximum angesehen, das ein gesunder Mensch innerhalb 24 Stunden zu sich nehmen darf (gleich $^1/_2$ Liter Rheinwein, 1 Liter Bier). Nach unserem Dafürhalten

ist diese Dosis als tägliche Menge schon keine physiologische mehr. Ununterbrochen in dieser Menge genossen, bildet sie eine Gefahr für die leibliche Gesundheit des Menschen. Wir können auch hier nur wiederholen, was wir schon an anderer Stelle mehrfach hervorgehoben haben. „Auch der geringste fremdartige Reiz bleibt nicht ohne Wirkung und ohne Folgen für den Organismus, wenn er sich Tag für Tag gleichmässig wiederholt. Er wird leicht eine Gefahr und ist bereits eine solche, wenn eine physiologische Function ohne seine Mitwirkung nicht mehr in exacter Weise vor sich gehen kann, d. h. wenn ohne den gewohnten Alkohol z. B. der Appetit, der Schlaf sich nicht einstellt. . . . Für die Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit des Menschen ist der Alkohol in keiner Beziehung nothwendig." Nur ganz kleine Mengen, selten genossen, bleiben ohne nachtheilige Wirkung für den Organismus.

Man hat den Alkohol lange Zeit als ein werthvolles diätetisches Nahrungsmittel betrachtet, und gerade diese Anschauung war es, die am meisten dazu beitrug, seinem Consum die ausgedehnteste Verbreitung zu verschaffen. Allerdings wird durch seine schnelle und leichte Oxydation, durch die Umsetzung seines Moleküls in Wärme und lebendige Kraft dem Organismus der Zerfall eines Theils seiner vorhandenen Componenten erspart. Der Alkohol hat eine Verbrennungswärme von 7·1, d. h. das Volumen von 1·0 Grm. Alkohol liefert soviel Wärme, dass damit 7·1 Liter Wasser um 1·0° C. erhöht werden kann; es geben mithin 100 Grm. absoluten Alkohols (1 Liter guter Rheinwein) 710 Grm. Wärmeeinheiten (Calorien). Da der gesunde erwachsene Mensch 2200 Calorien täglich braucht, so liefern die 100 Grm. Alkohol ca. ein Drittel dessen, was der Organismus bei gemischter Kost produciren kann. Allerdings kann der Alkohol durch seine Verbrennung eine bestimmte Menge von Eiweiss, Fett oder Zucker ersetzen und sparen (1 Grm. Alkohol ca. 1 Grm. Fett), „allein die Verbrennung der eigentlichen Nahrungsstoffe, meint der Physiologe *Fick*, hat nicht die Wärmeerzeugung zum wichtigsten Zweck, sondern die Erhaltung der Leistungen der Muskelfasern, der Nerven und der Drüsenzellen, mit einem Worte der thätigen Gewebselemente des Körpers". Ein Nahrungsmittel wird sich für den Organismus nur dann als ein geeignetes und nützliches erweisen, wenn es auch bei anhaltendem und langem Gebrauch den Aufbau des Körpers, die Bestandtheile seiner Organe nicht schädigt und zerstört. Mit der Verbrennung des Alkohols ist aber immer eine Zerstörung des lebenden Protoplasmas verbunden und bei langem Gebrauche eine krankhafte Veränderung aller Gewebsbestandtheile, ganz ähnlich der Wirkung einer Reihe von schweren Giften (Arsenik). Dieser Umstand allein macht es, dass der Alkohol kein geeignetes Nahrungsmittel sein kann und auch nicht ist, abgesehen davon, dass er als Erzeuger von Wärme auch im Preise viel theurer zu stehen kommt, als ein wirklich guter Nährstoff. Mit Recht weist *Kassowitz* darauf hin, dass eine Substanz nicht ein Gift und ein Nahrungsmittel zugleich sein kann (Deutsche med. Wochenschr. 1900). Und *Rubner* meint: Die Wirkungen des Alkohols sind zum allerkleinsten Theile jene eines Nahrungsstoffes; wegen seiner Nebenwirkungen auf dem Gebiete des Nervensystems wird man ihn überhaupt nicht mit dem Namen Nahrungsstoff bezeichnen dürfen (Lehrb. f. Hyg. IV. Aufl., pag. 438).

Auch als Reiz- und Genussmittel in dem Sinne, dass er durch seine erregende und belebende Einwirkung auf das Nervensystem den Organismus zu verstärkter Leistungsfähigkeit befähigt, kann der Alkohol nur in beschränkter Weise sich eignen. Er vermag wohl das Gefühl allgemeiner Erschlaffung und Ermattung momentan zu beseitigen, die erlahmende Muskelkraft zu neuer, ungewohnter und ungewöhnlicher Leistung zu steigern und zu befähigen; er vermag dies jedoch ohne Schädigung des Organismus nur dann, wenn es sich darum handelt, eine die vorhandene Leistungsfähigkeit übersteigende Arbeit auf kurze Zeit zu überwinden. Wie der Peitschenhieb das Pferd, das unter der Wucht einer schweren Last zu erliegen scheint, rafft der Alkohol den ermatteten Arbeiter zur Entfaltung übergrosser Kraftanstrengung und zur Ueberwindung einer Mehrleistung auf. Diese letztere aber ist nur das Ergebniss eines vorübergehenden Anreizes, der eine Krafterzeugung vortäuscht. Je häufiger der Alkohol beim Manco wirklicher Nahrungsmittel in Anwendung kommt, desto eher geht der Körper an Erschöpfung zu Grunde, zumal dieser intensiven Erregung eine gleich grosse Erschöpfung folgt. „Der Unterschied zwischen dem gewöhnlichen nützlichen Nahrungsmittel und dem stimulirenden Alkohol ist, dass das erstere anregt und nährt, der letztere anregt und erschöpft.“ In der That sehen wir denn auch, dass die Ueberwindung grosser andauernder Strapazen in den nordamerikanischen und britannischen Kriegen nach dem Urtheile der bewährtesten Führer (im Kaffern-, Ashantee-, Krimkrieg) am besten vor sich ging, wenn der Alkohol aus der Verpflegung ganz verbannt war, dass sie von den Abstinenten am besten vertragen wurden. — Und dasselbe zeigte sich auch in früheren und neueren Seekriegen, in arktischen und Polarexpeditionen. Wer denkt hier nicht an die schweren Verwüstungen, die der Alkohol in der grossen Armee Napoleons in Russland angerichtet hat? Die grosse Nordlandsreise Nansen's ist ohne Alkohol in der Verpflegung der Schiffsmannschaft ausgeführt worden, und die tapfere Ausdauer der Buren in dem letzten Kriege wird zum nicht geringsten Theile ihrer grossen Nüchternheit zugeschrieben.

Auch heute noch glauben Eltern und Aerzte gut zu thun, den Kindern im zartesten und späteren Alter womöglich täglich alkoholische Getränke (Wein, Bier, Cognac, Branntwein) zu verabreichen, um vermeintlich die Ernährung zu heben, den Organismus zu stärken und zu kräftigen. Zahlreiche Erfahrungen haben die grossen Nachtheile dieses Reizmittels auf die körperliche und insbesondere auf die geistige Entwicklung des Kindes erwiesen. Das kindliche Gehirn, das in den ersten Lebensjahren in relativ schnellem Wachsthum die Entwicklung des übrigen Organismus überwiegt, reagirt auf die toxische Wirkung des Alkohols nicht selten mit gefahrdrohenden Erscheinungen (Convulsionen, Meningitis) und stört die normale Entwicklung des Geistes wie des Körpers. Der habituelle Genuss von Alkohol hemmt, wie *R. Demme* an seinem grossen klinischen Material im Berner Kinderhospital in seiner viel citirten Rectoratsrede gezeigt hat (Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes. Stuttg. 1891), das Längenwachsthum des Kindes durch Begünstigung und Beförderung der rhachitischen Knochenerkrankung. Er ruft im kindlichen Organismus grosse Störungen auf dem Gebiete des Nervensystems hervor.

wie Chorea, Epilepsie, und erzeugt eine Schwächung der allgemeinen Willens- und Widerstandsfähigkeit, die die Grundlage für einen späteren Defect des moralischen Lebens und für eine allgemeine Nervenschwäche vorbereitet. Vielfach sind nach dem gewohnheitsmässigen Genuss starker alkoholischer Getränke bei Kindern Delirium tremens, Lebercirrhose und andere schwere Organerkrankungen mit tödtlichem Ausgang beobachtet worden (cf. Alkoholismus im Kindesalter. Von Prof. *Kassowitz,* 1892). „Nach dem Alkohol, haben wir an einer anderen Stelle schon hervorgehoben, geräth das an sich schon empfindliche und leicht reizbare Gehirn des Kindes in einen Zustand übermässiger Lebhaftigkeit und Aufgeregtheit mit einer bald darauf folgenden starken Erschlaffung sämmtlicher Geistesfähigkeiten. Dieser abwechselnde Erregungs- und Erschlaffungszustand bedingt aber, dass die Leistungsfähigkeit der Kinder schwankend und ihre Denkfähigkeit herabgesetzt wird." Die Untersuchungen von *Kraepelin* haben überzeugend dargethan, wie hemmend auch schon kleinere Alkoholmengen auf die Aufmerksamkeit, Ausdauer und Energie der geistigen Arbeit einwirken. Diese Kinder werden für die Anforderungen der Schule untauglich, eine Thatsache, auf die in neuester Zeit besonders von praktischen und viel bewährten Pädagogen hingewiesen worden ist *(Trüper, Schuschny, Bayr* u. a.). Im späteren Kindesalter, im Beginn der Pubertätsentwickelung kann jeder Alkoholgenuss einen Erregungszustand der sexuellen Sphäre hervorrufen, der zu perversen Neigungen führt, zu einer Ausschweifung und Abirrung der Phantasie, die der ruhigen Entwickelung verderblich wird. Für gesunde Kinder sind alkoholische Getränke nicht nur überflüssig, sondern geradezu schädlich, wie ein Gift.

Im Greisenalter soll der Alkohol sich nützlich erweisen, soll er die sinkende Lebenskraft stützen, das Leben erhalten und verlängern. Mit der absteigenden Linie der Altershöhe nehmen schrittweise alle Lebensvorgänge einen verlangsamten Rückgang an. Es tritt physiologisch ein retrograder Nachlass aller Lebensverrichtungen bis zum vollen Erlöschen derselben ein. Das Absinken der Lebensenergie im Greisenalter geht um so naturgemässer und um so ungestörter und langsamer vor sich, je mehr die Lebensweise des Greises den Bedürfnissen seines Stoffumsatzes und seiner Lebensbedingungen angepasst ist. Kann der Alkohol die mangelnde Assimilation der Nahrungsstoffe ersetzen, die Schwäche der Sinnesorgane, die senile Atrophie des Gehirns, die sinkende Thätigkeit des Herzmuskels beseitigen? Der Alkohol kann die Lebensthätigkeit momentan, die Herzensschwäche vorübergehend anregen, er wird das aber um so sicherer bewirken, je seltener er in Anwendung kommt, je weniger er das schwache Herz zur übergrossen Anstrengung reizt. Im Greisenalter kann der Alkohol nur mit grosser Vorsicht sich wohlthätig erweisen; in übermässiger und ungeeigneter Weise genossen, wird er den glimmenden Lebensfunken um so schneller erlöschen, da er zu stark anregend auf die brüchigen Blutgefässe und sogar lähmend auf die Herzthätigkeit einwirkt.

* * *

Der Alkohol und besonders der Branntwein wurde in früheren Jahrhunderten als ein Heilmittel hoch gepriesen. *Arnold de Villanova,* dem die Darstellung des Weingeistes (1240) zugeschrieben wird, versichert: „Die Menschheit ist gealtert, sie ist schwach geworden, darum gab ihr Gott den

Branntwein, damit sie sich wieder verjünge; der Branntwein wird die Quelle sein zum neuen Leben der Menschheit und deshalb ist sein Name Aqua Vitae!" Noch im 16. Jahrhundert sagt ein deutscher Schriftsteller *Theoricus* von ihm: „Der Branntwein hält das Greisenalter auf; er stärkt die Jugend, er befördert die Verdauung, verscheucht das Phlegma, zerstreut die Melancholie; er erfreut das Herz, erleuchtet den Verstand, beseelt den Geist; er heilt die Wassersucht und die Harnstränge, zermalmt die Blasen-, Nieren- und Gallensteine, treibt den Blasengries aus und führt die Blähungen ab; er schützt und bewahrt den Kopf vor Schwindel, die Augen vor Blindheit, die Zunge vor Lispeln, den Mund vor Stammeln, die Zähne vor Klappern und den Schlund vor Röcheln; er schützt die Luftröhre vor Erstickung, den Magen vor Erbrechen und das Herz vor Anschwellung; er bewahrt vor Händezittern, vor Nervenzuckungen, vor Zerreissungen der Adern, vor Knochenschmerz und Erweichung des Markes." Nichts hat der Verbreitung des Alkohols mehr Vorschub geleistet als diese Verherrlichung und Lobpreisung, er ward das unfehlbare Mittel, welches unterschiedlos in Anwendung kam. Vom hochgepriesenen Heilmittel sank es zum gewöhnlichen Haus- und später zum viel missbrauchten Genuss- und Berauschungsmittel herab.

In der neueren Zeit hat die Anwendung des Alkohols am Krankenbett einen ausgedehnten Aufschwung genommen dadurch, dass man ihn nach der Lehre von *Brown* und *Todd* in England bei allen acuten Entzündungskrankheiten und ganz besonders bei solchen mit asthenischem und adynamischem Charakter als Stimulans in grossen Dosen schon beim Beginn der Krankheit und während der ganzen Andauer derselben ununterbrochen anwandte, weil man von der Entzündung eine zu grosse Consumption von Nervenkraft fürchtete, weil der Alkohol neben seiner günstigen Einwirkung auf das Herz auch eine solche auf das Nervensystem ausübt, und er die Prostration zu verhüten und zu bekämpfen imstande ist. So ist die therapeutische Anwendung des Alkohols bei den Infectionskrankheiten, insbesondere beim Typhus, eine allgemeine geworden, vielfach auch bei der Pneumonie und anderen Entzündungskrankheiten, und vornehmlich im kindlichen Lebensalter wegen seiner antipyretischen und stimulirenden Einwirkung. Von vielen Seiten wird er auch jetzt bei Krankheiten mit schwerem und besonders mit septischem Fieber als das einzige fast specifische Heilmittel geschätzt und gebraucht, so bei allen Fällen von Pyämie, bei Puerperalfieber, bei Erysipel, bei allen septischen Zuständen. Gegen den unzeitigen und excessiven Alkoholgebrauch beim Typhus und anderen Infectionskrankheiten sind in England schon frühzeitig Stimmen laut geworden (*Murchison, Chambers* u. a.), ebenso wie in anderen Ländern gegen die irrationelle, schablonenhafte Alkoholtherapie bei anderen acuten (Pneumonie) und chronischen Krankheiten (Lungenphthisis). In jüngster Zeit ist von *Laitinen* unter *C. Fränkel* in Halle (Zeitschr. für Hygiene und Infectionskrankh., Juli 1900) durch den Thierversuch erwiesen, dass der Alkohol gegenüber Milzbrand, Diphtherie und Tuberkelbacillen unter allen Umständen eine deutliche und erhebliche Steigerung der Empfänglichkeit und der Disposition für die Infection zu Wege bringt, sei es, dass er nur vor oder nur nach, oder vor und nach Bewerkstelligung der letzteren, sei es, dass er in wenigen grossen oder in zahlreichen

kleineren Dosen verabfolgt wird, sei es, dass es sich um acute oder chronische Infection handelt. Die alkoholisirten Thiere sterben durch die Infection, während die Vergleichsthiere unbeeinflusst bleiben; der verhängnissvolle Ausgang hat bei jenen eine mehr oder mindere Beschleunigung erfahren. Die Verwendung des Alkohols bei der Behandlung infectiöser Erkrankungen der Menschen findet in diesen Thatsachen keine Stütze, vielmehr einen sehr grossen Widerspruch. Auch beweisen diese Thatsachen, was schon auf rein empirischem Wege erwiesen war, dass der Alkohol kein prophylaktisches Mittel gegen eine Infections- oder eine epidemische Krankheit ist. Die Thatsache jedoch, dass der Alkohol in mittleren Dosen auch beim gesunden Menschen den Zerfall des Eiweisses herabsetzt und ihm ein respiratorischer Nährwerth unzweifelhaft zukommt, die Thatsache ferner, dass der Alkohol die gesteigerte Körpertemperatur im fieberhaften Zustande in nicht geringem Grade herabzusetzen vermag, und dass er durch seine stimulirende Wirkung die Herzthätigkeit bei drohendem Sinken und Erlahmen derselben ganz besonders anregt und steigert, diese Thatsachen machen den Alkohol zu einem der wichtigsten und einem häufig lebensrettenden Heilmittel. Gewiss beseitigt und heilt er nicht den pathologischen Zustand als solchen *(Nothnagel)*, gewiss ist er kein specifisches Heilmittel gegen die Krankheitsursache, gegen die Krankheitserreger selbst *(Jaksch)*, aber er vermag den Krankheitsvorgang in seiner consumirenden Wirkung auf den Gesammtorganismus zu mildern, seinen stürmischen Ablauf zu verlangsamen und vor allem den drohenden Collaps, das Stocken und Erlahmen der Herzarbeit zu verhüten. Nach *Bunge* sind es gerade seine lähmenden Eigenschaften, die ihn als Arzneimittel sehr werthvoll erscheinen lassen. Er ist ein mildes Anaestheticum und wirkt beruhigend durch Herabsetzung der gesteigerten Reflexerregbarkeit (Lehrb. 1901, pag. 136). Bei den Versuchen, die *Dr. Kögler* im Wiener hygienischen Institut anstellte, hat sich, wie *Gruber* mittheilt, der Alkohol als ein ausgezeichnetes Mittel erwiesen, um bei Thieren den drohenden Collaps (Lähmung des Athmungs- und Kreislaufscentrums) zu verhindern, beziehungsweise den schon beginnenden Collaps wieder zu beseitigen und so die Thiere mindestens für viele Stunden und Tage über den Tod der Controlthiere hinaus am Leben zu erhalten. Diese Versuche, meint er, stehen also mit den ärztlichen Erfahrungen in vollem Einklange (VIII. intern. Congress gegen den Alkoholismus, Inhaltsangaben, Wien, pag. 10). Die Anwendung des Alkohols ist daher in der modernen Klinik *(Jürgensen, Liebermeister, v. Leyden, Nothnagel, Jaksch, Gerhardt)* indicirt, wo es darauf ankommt, das Herz so lange als möglich leistungsfähig zu erhalten und die drohende Herzlähmung, die häufigste und bedenklichste Gefahr bei allen schweren acuten Krankheiten, hinzuhalten, so im geeigneten Stadium der Krankheit bei Typhus, Pneumonie, Pyämie, Erysipel etc. Der Alkohol erweist sich bei dieser Anwendung als ein Heilmittel von unübertroffen wohlthätiger Wirkung. „Für Fieberkranke, meint *E. v. Leyden*, ist der Alkohol ein unschätzbares Nährmittel, weil er leicht und meist gern genommen, stets ohne Beschwerde zur schnellen Resorption gelangt. Ausserdem ist der Alkohol ein vorzügliches Excitans und Tonicum für das Nervensystem und besonders für das Herz“ (Therap. d. Gegenwart, 1899, pag. 7). Derselbe Kliniker empfiehlt den Alkohol auch bei der Lungen-

entzündung. „Jedoch, meint er, ne quid nimis. Man soll auch nicht in die entgegengesetzten Schrullen der Temperenzler verfallen .... Warum soll man dem Patienten ein so wohlthuendes Mittel entziehen, nur weil vielleicht andere zu viel davon trinken? (sc. in acuten Krankheiten)."

Die therapeutische Verwendung des Alkohols ist deshalb nur mit Vorsicht zulässig bei allen chronischen Krankheitszuständen, da er bei diesen voraussichtlich lange Zeit genommen wird und alsdann die Energie und Widerstandsfähigkeit des Gesammtorganismus schädigt und herabsetzt (Phthisis, chronische Malaria). Er ist absolut contraindicirt bei allen Geistes- und Nervenkrankheiten, wo seine specifisch erregende und lähmende Einwirkung sich stets nachtheilig erweist. Nur nach streng individualisirender Indication ist er bei Herzkrankheiten in Anwendung zu bringen. Den Alkohol grundsätzlich aus der Therapie ganz zu verbannen, lediglich um seine vollkommene Entbehrlichkeit im Sinne der Abstinenztheorie zu erweisen, ist vom wissenschaftlich medicinischen Standpunkte aus mindestens einseitig und auch irrationell. Der Alkohol war ursprünglich ein Heilmittel, und wäre diese seine Verwendung streng und recht gewahrt geblieben, dann gäbe es keine Trunksucht und wäre kein Kampf gegen die Trunksuchtsfolgen vorhanden. Der Alkohol ist ein vorzügliches Heilmittel, das in geeigneten Fällen immer mit bestem Erfolg angewendet, und das unter bestimmten Umständen in der Heilkunst gar nicht entbehrt werden kann.

* * *

Meine Herren! Den Wirkungen des Alkoholmissbrauches auf das Einzelindividuum entsprechen schwere Schädigungen, die er dem gesammten Volkskörper zufügt. Je mehr die Trunksucht in weiten Kreisen der Bevölkerung verbreitet ist, desto grösser sind die Zerstörungen, welche der sociale Organismus in seiner leiblichen, geistigen und sittlichen Wohlfahrt erleidet. „Die Trunksucht verschlechtert die gesammte Constitution des Menschen, sie setzt ihn in seiner Leistungsfähigkeit herab, sie vermindert seine Lebensenergie und verschlechtert seine körperliche und geistige Individualität. Ueberall, wo das Volk dem unmässigen Genusse berauschender Getränke ergeben ist, zeigt sich eine Abnahme seiner psychischen Kraft und eine Verschlechterung seiner Art. Nicht nur dass der Trinker sich selbst an Leib und Seele schädigt und vernichtet, er verleiht auch seiner Nachkommenschaft den Charakter grosser Hinfälligkeit, den der allgemeinen Degeneration." Wie andere somatische und psychische Fehler und Gebrechen, wird die degenerirte Gesammtconstitution des Trinkers auf seine Nachkommenschaft übertragen. Den Kindern der Trinker wird, wie eine vielfältige Erfahrung zeigt, eine Schwäche angeerbt, die sich nicht selten wieder in einer Neigung zum Trunke kundgibt, in einer krankhaften Strebung, durch ein berauschendes Getränk das vorhandene Unlust- und Schmerzgefühl zu beseitigen, den Mangel inneren Gleichgewichts auszugleichen. Die Kinder von Trinkern, meinte schon *Aristoteles*, würden auch Trinker (ebrii gigant ebrios). Infolge der Abstammung und der inneren Organisation, meint *Parrish*, sind manche Personen mit einer Neigung geboren, die sie prädisponirt, nach einer Anregung zu suchen, wie sie der Alkohol gewährt. Die andauernde Einwirkung des Alkohols ruft ausserdem im Gehirn des Trinkers Veränderungen und Abweichungen

hervor, die sich auf die Nachkommenschaft vererben und als prädisponirendes Moment zu mannigfachen Erkrankungen zum Ausdruck kommen. Aeltere und neuere Beobachter stimmen darin überein, dass die Kinder von Trinkern vielfach an Idiotie und Imbecillität, an Epilepsie und Convulsionen, sowie an anderen Defecten des Nervensystems, an psychopathischen Zuständen, sowie an perversen Instinkten leiden. Hier ist an die schon oben erwähnten Versuche von *Féré* zu erinnern, welcher durch Einwirkung der verschiedenen Alkohole (durch Injection, Dampf etc.) nicht nur sehr anomale, missgestaltete, todte, sondern auch weniger lebensfähige und oft missgestaltete kurzlebige Embryone (Hühnereiembryone) hervorbrachte. *Féré* glaubt, dass man nach diesen Experimenten einen Schluss auf die Beschaffenheit des menschlichen Eies durch das kreisende, alkoholhaltige Blut der Mutter ziehen darf (Compt. rend. de Biol., 26. März und 1. Oct. 1898, 21. Oct. 1899). Zu ähnlichen, höchst belangreichen Ergebnissen sind *Ballot* und *Faure* bei den Versuchen an Hunden u. s. w. gekommen (L'Alcool, l. c. 1902, Nr. 8).

Auch der physischen Organisation der Nachkommenschaft verleiht die Trunksucht der Eltern einen hohen Grad von Minderwerthigkeit. Kinder von Trinkern kommen häufig kränklich und schwächlich zur Welt, mit Anlagen zu Erkrankungen, die sie schon früh dem Tode oder dem Siechthum zuführen. Die Zahl der Todtgeburten und derjenigen Kinder, die infolge angeborener Lebensschwäche schon frühzeitig sterben, ist, wie behauptet wird, in Ländern mit excessivem Alkoholconsum ein grösserer, als die Kindersterblichkeit im allgemeinen sein soll. Allerdings darf hierbei nicht ausser Acht gelassen werden, dass die elenden, häuslichen und wirthschaftlichen Verhältnisse selbst die Kindersterblichkeit ungemein steigern. Sehr verhängnissvoll scheint, wie in neuerer Zeit *Sullivan* (Influence of maternal inebriety on the offspring. Journ. of ment. sc. 1899, July) nachgewiesen hat, die Trunksucht der Mutter für die Lebensfähigkeit und die Entwicklung der Nachkommenschaft zu sein, eine Thatsache, die in voller Uebereinstimmung mit den oben angeführten Experimenten von *Nicloux* sein würde, welcher den Uebergang des Alkohols von der Mutter in das Blut des Embryos nachgewiesen hat.

Die Verschlechterung der physischen Constitution grosser Volkskreise und selbst ganzer Volksstämme durch die Zunahme der Trunksucht zeigt sich, wie ältere und neuere Feststellungen gezeigt haben, in der Zunahme der Militärunbrauchbarkeit in denjenigen Bezirken, in denen die Bevölkerung dem Alkoholismus verfallen ist. In einzelnen Theilen Frankreichs, der Schweiz, Norddeutschlands, Oesterreichs und früher in Schweden wurde die physische Degeneration der zum Militärdienst unbrauchbar befindlichen Jugend vornehmlich auf die in der Bevölkerung herrschende Trunksucht zurückgeführt. Mit der Einfuhr des Branntweins oder des Feuerwassers in neu erworbene Colonien wird, wie bekannt, die eingeborene Rasse derartig schnell und verderblich degenerirt, dass sie in absehbarer Zeit der vollen Vernichtung und Ausrottung geweiht ist.

Die Trunksucht steigert die Erkrankungs- und die Sterblichkeitshäufigkeit in weiten Volksclassen dadurch, dass Trinker den Krankheitsursachen weniger Widerstand zu leisten vermögen und ihren Einwirkungen häufiger erliegen als lebenskräftige und gesunde, mässig und nüchtern

lebende Menschen. Die epidemischen Krankheiten (Cholera, Typhus. Ruhr etc.) finden die schnellste und intensivste Ausbreitung in denjenigen Volksclassen, die dem Alkoholmissbrauch am meisten ergeben sind. Der alkoholisirte Organismus besitzt, wie *Laitinen* und *C. Fraenkel* bei ihren Thierexperimenten gezeigt haben, gegen den Infectionserreger eine geringere Immunität, als der nicht alkoholisirte. — Die grösste Zahl der Choleraerkrankungen tritt erfahrungsmässig in der Zeit unmittelbar nach den Sonn- und Festtagen auf, zu einer Zeit, wo den alkoholischen Getränken am intensivsten zugesprochen wird (*Baer*, Der Alkoholismus, 1878, pag. 269). Auch die endemischen Krankheiten finden den günstigsten Nährboden in denjenigen Bezirken eines Landes, in denen der Alkohol-, resp. der Branntweinconsum in excessiver Weise vorherrscht. Und endlich erliegen Trinker, wie jeder Arzt zu aller Zeit beobachtet, allen fieberhaften Krankheiten ungleich mehr als nüchterne Menschen, weil die lebenswichtigen Organe und insbesondere das geschwächte Herz den Krankheitsprocess nicht zu überdauern vermögen. Auch wenn der Umstand in Anschlag gebracht wird, dass mit der Trunksucht schlechte Ernährung und noch andere gesundheitswidrige Verhältnisse die Krankheit nachtheilig beeinflussen, so bildet der vorhandene Alkoholismus doch die Grundlage, welche das Krankheitsbild beherrscht, von welcher der unheilvolle Ausgang allein abhängig wird.

Der degenerirende Einfluss des Alkoholmissbrauches bildet einen sehr wesentlichen Factor für die Morbidität und Mortalität weiterer Volksclassen, einen Factor, der zu gering geschätzt wird aus dem Grunde, weil er sich nur indirect geltend macht und deshalb in numerischer Weise keinen Ausdruck findet. Seine deletäre Wirkung auf die allgemeinen physischen und psychischen Lebensbedingungen und nicht minder auf die sittlichen Zustände der Bevölkerung kann jedoch niemals genug gewürdigt werden. Mit Recht wird neben der Tuberculose und der Syphilis der Alkoholismus als der grösste Feind der gedeihlichen Entwicklung der Volksgesundheit angesehen und als der grösste Widersacher der fortschreitenden öffentlichen Wohlfahrt.

Die Trunksucht ist in einem erheblichen Grade direct an der Erkrankungs- und Sterblichkeitshäufigkeit betheiligt, weil sie selbst zu einer Unzahl von Erkrankungen führt, weil sie sehr häufig als die einzige und unmittelbare Ursache anzusehen ist, die auf acutem und chronischem Wege Krankheit und Tod herbeiführt. Es braucht nur angedeutet zu werden, dass sie eine Reihe von Erkrankungen und Todesfällen durch Delirium, durch Herz-, Leber- und Nierenerkrankungen, durch Selbstmord. Verunglückungen etc. herbeiführt.

* * *

Man weiss schon lange, dass Trinker eine kürzere Lebensdauer haben als Nichttrinker, dass sie erheblich früher sterben als diese. Diese Thatsache lässt sich in exact statistischer Weise allerdings nicht erweisen aus dem einfachen Grunde, weil bis jetzt eine auf wissenschaftlicher Basis gegründete und berechnete Absterbeordnung von Trinkern, Mässigen und Enthaltsamen fehlt. Eine solche kann auch nicht angefertigt werden, weil bei der Anzahl von Personen, die als Trinker oder als Mässige gestorben sind,

dasjenige Moment, welches der Absterbeordnung zu Grunde gelegt werden muss, nicht genau angegeben werden kann, d. i. der Zeitpunkt ihres Lebens, von welchem an sie als Trinker, als Mässige und eventuell auch als Enthaltsame im strengen Sinne des Wortes bezeichnet werden können. Wir müssen der Anschauung von *Emminghaus* beistimmen, wenn er behauptet, „dass es seines Wissens keine exacte Untersuchung über den Verlauf der Sterblichkeit genügend grosser Massen von gänzlich Alkoholenthaltsamen gibt, auch keine Untersuchungen über den Verlauf der Sterblichkeit solcher Personen, welche Alkohol überhaupt in gewissen geringen oder grösseren Quantitäten geniessen" (Der Alkoholismus. Vierteljahrschr., I. Jhrg. 1901, pag. 38). Aber auch ohne diesen streng exacten Nachweis darf man nach der vieljährigen Erfahrung besonders englischer Lebensversicherungsgesellschaften, sowie anderer aus dem Sterberegister der im Alkoholgewerbe beschäftigt gewesenen Personen im Vergleiche zur Sterblichkeit der Gesammtbevölkerung gemachten Ermittlungen, wie sie früher von *Neison*, in neuerer Zeit von *Whyte, Drysdale, Ogle, Tatham, Lunier, A. Baer, Sendtner* u. a. ausgeführt sind, mit voller Ueberzeugung behaupten, dass Trinker eine geringere Lebensdauer haben als Mässige und Enthaltsame. In der United Kingsdom Temperance and General Provident Institution, einer Lebensversicherungsgesellschaft, in welcher seit 1840 eine besondere Abtheilung für abstinent Lebende vorhanden ist, und eine andere, aus welcher nur notorische Trinker ausgeschlossen sind, zeigt sich, dass von 1866—1898 die erstere Section 28·9% weniger Todesfälle hatte, als nach der Berechnung hätten eintreten sollen (5725 Todesfälle gegenüber 8048), während sie in der anderen Abtheilung, in der die Mässigen sind, nur 3·7% weniger ausmachten (10.469 gegenüber 10.869). Im Jahre 1901 traten in der ersten 48·54% der erwarteten Todesfälle ein (58 von 103), in der zweiten 81·82% (117 von 143). Aehnliche Ergebnisse geben Berechnungen von anderen Gesellschaften, von Vereinen und Sterbecassen der Rechabiten (Abstinenten) und Oddfellows (*Hoppe,* l. c. pag. 188).

Nur ein Theil der durch die Trunksucht direct und indirect bedingten Erkrankungs- und Sterbefälle wird ermittelt und bekannt, der vielleicht grössere Theil derselben bleibt unbekannt, so dass selbst bei sorgsamsten Ermittlungsversuchen und auch bei gesetzlich vorgeschriebener Leichenschau die statistischen Angaben weit hinter der Wahrheit zurückbleiben. Nur bei den in die öffentlichen Krankenanstalten zugegangenen Kranken wird der Alkoholismus als einzige oder als begleitende Krankheits-, resp. Todesursache angeführt, bei den Krankheits- und Todesfällen im Privatleben, besonders in den wohlhabenden Volkskreisen, wird jener geflissentlich nicht vermerkt, aus Rücksicht für die Hinterbliebenen absichtlich verschwiegen. Das amtliche statistische Material lässt keinen sicheren Rückschluss auf die Grösse des Alkoholismus in einem Landesbezirke zu, weil die Krankenhauspflege in ärmeren Districten gar oft sehr lückenhaft und spärlich ist. Aus diesem Grunde lässt dieses Material auch keine Vergleichung zwischen den einzelnen Landesgegenden zu über die in ihnen herrschende Trunksucht und deren Folgen. So wenig vollständig dasselbe auch ist, so werthvoll wird es trotzdem dadurch, dass es eine relative Schätzung zulässt über die Grösse des Alkoholismus und über seine Zu-, resp. Abnahme in denselben Landestheilen.

Wir werden uns beschränken, nur wenige Daten aus den Einzelstaaten Deutschlands und ganz besonders aus dem preussischen Staate nach den neuesten statistischen Ermittelungen *(Rahts, Georg Heimann, J. Waldschmidt)* anzuführen.

In die allgemeinen Krankenhäuser des Deutschen Reiches sind zugegangen an Alkoholismus und Säuferwahnsinn in der 3jährigen Periode:

3jährige Periode	Deutsches Reich	Preussen	Bayern	Sachsen	Württemberg	Baden
1877—79	12.863	8.672	804	749	139	217
1880—82	13.346	8.983	524	796	165	226
1883—85*	26.354	20.368	729	1075	230	238
1886—88	34.767	28.137	876	1087	272	289
1889—91	33.065	28.149	688	726	246	292
1892—94	35.735	29.378	787	910	313	405
1895—97	40.792	32.810	1053	1359	437	668

Es sind von 1886—1895 in den allgemeinen Heilanstalten des preussischen Staates durchschnittlich jährlich 10.479 an Alkoholismus und Säuferwahnsinn behandelt worden; 1895: 10.983, 1896: 12.455, 1897: 12.256, 1898: 12.816 und 1899: 14.386. Es waren durchschnittlich 94% männliche und nur 6% weibliche Kranke, die an Alkoholismus erkrankt waren, während unter den gesammten Kranken sich 65% Männer und 35% Frauen befanden (1895: 10.237 M., 746 Fr.; 1899: 13.610 M. und 776 Fr.).

Es waren ausserdem in die Irrenanstalten an Delirium potatorum zugegangen:

	In Preussen	im Deutschen Reiche
1877—79	2343	2856
1880—82	3017	3574
1883—85	3772	4245
1886—88	3645	4435
1889—91	2946	3809
1892—94	3286	4454
1895—97	3873	5250

In die Irrenanstalten sind in Preussen 1886—95 jährlich im Durchschnitt an Delirium tremens aufgenommen 1169 Personen (1895: 1255).

Auf die Zahl der Einwohner berechnet, zeigt sich in Preussen wie auch im übrigen Deutschland in den letzten Jahren eine nicht unerhebliche Abnahme der Zahl der an Alkoholismus wie an Delirium tremens in den allgemeinen Heil- und in den Irrenanstalten behandelten Personen (1886 waren in den Irrenanstalten im Deutschen Reiche 1614 solche Kranke zugegangen, d. i. 14·1% des Gesammtzuganges, 1890: 1260 = 9·8%, und 1893—94 1386 = 9·4%).

* Es ist zu bemerken, dass die Nachweisungen dieser Krankheitsfälle von 1883 ab erheblich genauer und deshalb auch zahlreicher werden, weil von diesem Jahre ab die Gewohnheitstrinker auf Erlass des Unterrichtsministers in Preussen auf allen statistischen Zählkarten durch ein „P" vermerkt werden müssen.

Gestorben sind in Preussen:

	in den Heilanstalten an Alkoholismus und Säuferwahnsinn	in den Heil- und Irrenheilanstalten an Del. trem.
1877—79	960	3617
1880—82	910	3529
1883—85	985	3998
1886—88	1072	3024
1889—91	805	1847
1892—94	790	1827
1895—97	819	1115

In den Jahren 1895/97 sind gestorben in den Irren- und allgemeinen Krankenanstalten an Alkoholismus und Säuferwahnsinn in Deutschland 1572 und davon in Preussen 1115. Auf je 100 Krankheitsfälle, welche zur Anstaltsbehandlung gekommen waren, entfielen in den 3 Jahren 1895/97 auf chronischen Alkoholismus und Delirium tremens:

im Deutschen Reiche	1·4	in Bayern	0·3
in Ostpreussen	2·1	„ Sachsen	0·9
„ Westpreussen	2·7	„ Württemberg	0·3
„ Berlin	2·0	„ Baden	0·5
„ Brandenburg	5·8	„ Hessen	0·4
„ Pommern	3·3	„ Mecklenburg	0·7
„ Posen	2·7	„ Oldenburg	0·7
„ Schlesien	2·7	„ Braunschweig	0·6
„ Sachsen	1·4	„ Anhalt	1·2
„ Schleswig-Holstein	2·8	„ Sachsen-Weimar	0·7
„ Hannover	1·5	„ Lübeck	1·8
„ Westfalen	1·3	„ Bremen	1·3
„ Hessen-Nassau	0·8	„ Hamburg	2·0
„ der Rheinprovinz	1·0	„ Elsass-Lothringen	0·4

Diese Zahlen gewähren ein Vergleichsmoment hinsichtlich der Intensität der Trunksuchtsfolgen in den einzelnen Theilen des Deutschen Reiches. Sie entsprechen zum Theile, wenn auch nicht durchgehends der Grösse des Alkoholconsums in den betreffenden Landestheilen und in einem gewissen Grade auch der Art des consumirten Getränkes.

Ein nicht geringer Theil der nicht tödtlich und auch der tödtlich verlaufenden Verunglückungen ist dem Alkoholmissbrauch zuzuschreiben. Auch hier sind die vorhandenen Angaben wenig zuverlässig. Nur aus früheren Jahren sind spärliche Angaben vorhanden. In den fünf Jahren 1869—1873 waren 33.321 Personen durch Verunglückung mit tödtlichem Ausgang verzeichnet, und unter diesen 1554 als durch Trunksucht der Verunglückten bedingt, d. i. 4·66%. Bei der stetig zunehmenden Zahl der Unfälle und Verunglückungen bildet diese Ursache sicher einen nicht zu vernachlässigenden Factor dieser Sterblichkeitsrubrik. Schon die Thatsache, dass erwiesenermaassen die meisten Verunglückungen sich am Montag oder auf den dem sonst üblichen Lohntag fallenden Arbeitstag ereignen.

weist darauf hin, dass die Nachwirkungen der Trunkenheit oder der Trunksucht hier von erheblichem Einfluss sind. Auch die Erfahrung, dass am Sonntag und noch mehr am Montag die grösste Zahl der Aufnahmen in die Krankenhäuser wegen Verletzungen nothwendig werden, spricht für diese üble Wirkung des Alkohols. Und wie viele Menschen sind nicht schon das Opfer der Trunkenheit eines oder mehrerer Bediensteten oder der Beamten geworden bei Eisenbahnunfällen, bei Schiffsverunglückungen?

* * *

Wir haben schon oben gesehen, wie der vorübergehende und der gewohnheitsmässige Alkoholmissbrauch auf das Nervensystem einwirkt, wie er durch degenerative Veränderungen desselben schwere functionelle und organische Störungen bedingt, die die Grundlage bilden für eine Anzahl von heilbaren und unheilbaren Geisteskrankheiten. Wir haben gesehen, wie der Alkohol nicht allein das acute Säuferdelirium, sondern mehr noch jene grosse Anzahl von Psychosen, von der beginnenden Intelligenzschwäche bis zur vollendeten Dementia, von paralytischem und epileptischem Irrsinn zu Wege bringt. Und da der Alkohol durch seine toxische Wirkung allein ohne Unterschied in allen berauschenden Getränken diese mannigfachen Formen der psychischen Degeneration verursacht, so ist es unbestritten, dass mit der Zunahme der Trunksucht auch die Häufigkeit der Geistesstörungen zunehmen muss und thatsächlich auch zunimmt. Diese Thatsache hat sich in fast allen Culturstaaten in eminenter Weise gezeigt. Was *Lunier* vor Jahrzehnten für Frankreich nachgewiesen, kann mehr oder minder überall festgestellt werden. Er hat gezeigt, dass die Zahl der Geistesstörungen mit der Zunahme des Alkoholconsums gleichmässig sich gesteigert hat (1831 war in Frankreich der Alkoholconsum pro Kopf 1·09 und das Procent der Alkoholisten unter der Gesammtzahl der Geistesstörungen 7·64; 1841: 1·49 und 7·83; 1851: 1·74 und 8·89; 1861: 2·23 und 10·22); er zeigte ferner, dass die Zahl der durch Alkohol bedingten Geistesstörungen in denjenigen Départements um so grösser war, in denen mehr Branntwein und weniger Wein consumirt wird. Aehnliche Wahrnehmungen und Ermittelungen sind in Oesterreich, Italien, Belgien, Holland und auch in einzelnen Theilen des Deutschen Reiches gemacht worden.

Es ist schon oben darauf hingewiesen, wie gross die Zahl der wegen Säuferwahnsinns in die preussischen Irrenanstalten aufgenommenen Kranken ist; noch mehr überraschend ist das Verhältniss der durch Trunksucht entstandenen Geisteskranken zur Gesammtzahl der Geisteskranken überhaupt. In den Jahren 1875 und 1876 waren in den preussischen Irrenanstalten unter 100 aufgenommenen männlichen Irren 13·69 Alkoholisten und 1878 und 1879 wird unter den männlichen Aufnahmen, bei denen die Krankheitsursache ermittelt war, in 27% die Trunksucht als solche angegeben. In den Jahren 1886—1888 waren in die preussischen Irrenanstalten 32.008 Personen aufgenommen; bei 12.288 von diesen ist die Erkrankungsursache und bei 2836, d. h. bei 23% von diesen ist der Alkoholismus als solche ermittelt. Viel grösser ist die Zahl der Alkoholisten, wenn nur die Männer in Betracht kommen. Von 6982 männlichen Irren waren 2594 durch die Trunksucht in den Irrsinn verfallen. Während noch 1880—1883 die Zahl der Säufer unter 100 Geisteskranken sich auf 30—32 belief, war

diese Zahl 1886: 35, 1887: 36 und 1888: 40. Sieht man von den Fällen der angeborenen Geistesstörung und von der Idiotie ab, so beläuft sich die Zahl der Alkoholisten unter den männlichen Irren 1886 auf 40·4%, 1887 auf 42·3% und 1888 auf 44·5%. In einzelnen Anstalten, in denen ein besonderes Gewicht auf die Ermittelung der Erkrankungsursache gelegt ward, war schon früh die Zahl der Alkoholisten als eine besonders grosse gefunden. So fand *Nasse* in Siegberg bei 27·2% der Männer den Alkoholismus als Ursache der Geisteserkrankung, *Jung* in Lebus bei 25% aller Aufnahmen, *Pelman* in Grafenberg bei 22% der männlichen Kranken, und *Finkelnberg* nahm an, dass in den norddeutschen Irrenanstalten bei mindestens 25% der männlichen Irren die Trunksucht als bedingende Ursache anzunehmen sei. Obschon die Zahl der Deliranten in der neueren Zeit nachweislich abzunehmen scheint, wird die Zahl der Alkoholisten unter den Irren auch jetzt immer grösser und dies besonders in den Grossstädten. In den Berliner Irrenanstalten betrug die Zahl der Alkoholisten in Herzberge und in Dalldorf:

1895—1896 . . .	44·9% M.	—	27·7% M.	2·2% Fr.
1896—1897 . . .	49·7% M.	5·9% Fr.	35·5% M.	3·9% Fr.
1897—1898 . . .	48·3% M.	5·3% Fr.	—	—
1898—1899 . . .	53·0% M.	6·2% Fr.	44·7% M.	8·4% Fr.

In Dalldorf waren im Jahre 1900/1901 unter 1000 M. und 487 Fr. 314 M. (= 31·4%) und 6 Fr. (= 1·3%) Alkoholisten (acut und chronisch). Unter den männlichen Alkoholisten waren 67 bereits zum zweitenmal aufgenommen, 29 zum drittenmal, 15 zum viertenmal, 10 zum fünftenmal, 21 zum sechsten- bis zehntenmal, 2 zum zwölftenmal, 3 zum sechzehntenmal. In der Anstalt für Epileptiker zu Wuhlgarten betrug die Zahl der Alkoholisten unter dem Zugang 1893: 27·5%; 1896/1897: 28·3%; 1898/1899: 55·1% bei den Männern und 12·4% bei den Frauen. Wie sehr der Alkoholismus als Ursache der Geistesstörung zugenommen, ersieht man auch aus einem Vergleiche der Ermittelungen im Charité-Krankenhause. *Moëli* hat unter den in die Charité aufgenommenen männlichen Geisteskranken noch für die Jahre 1880—1883 neben einer sehr starken Steigerung der Delir. trem.-Kranken (um 60% innerhalb $3^3/_4$ Jahren), 12·5% als die Minimalzahl der wegen Geistesstörung zur Anstalt gebrachten Männer aus der weniger bemittelten Bevölkerung Berlins gefunden, bei welchen der Alkoholmissbrauch als Ursache der Geistesstörung festgestellt werden konnte, und in den letzten $1^1/_2$ Jahren (1882—1883) befanden sich unter 1774 Aufnahmen überhaupt 695 Kranke, die als zweifellose Alkoholisten zu bezeichnen waren, d. i. 35·5% (574 Del. trem., 45 Krampfanfälle und 76 Geisteskranke) (Charité-Annalen, IX. Jhg.). Und nach *Siemerling* hat 1888 die Zahl der Alkoholisten in der Charité unter der Gesammtaufnahme 43·3%; 1889: 51·9%; 1890: 45·3% betragen. Er fand die Procentzahl der an Geistesstörung leidenden Alkoholisten mit 14·4% (Del. trem. mit 67·7%, Alkoholepilepsie mit 15·2%, Alkohol. chr. mit 14·4%) (Charité-Annalen, XVI. Jhg.). In der Irrenanstalt Friedrichsberg (Hamburg) war die Zahl der männlichen Alkoholisten in den Jahren 1882—1893 im Durchschnitt 21·8%, 1894—1896: 23·2%; in Bremen 1876—1885 bei den Männern 49·2% und bei den Frauen 5·4%; in Dresden im Durchschnitt der 11jährigen

Periode 1890—1900 bei den männlichen Geisteskranken 33% (per 20·7% und 39·8%). In Frankreich nimmt man jetzt 37—40% Alkoholisten unter den männlichen Irren an; ihre Zahl soll in 15 Jahren um 59% zugenommen haben. In der Wiener Landes-Irrenanstalt betrug 1871—1882 die Zahl der wegen Alkoholismus aufgenommenen männlichen Pfleglinge 25·3% der Gesammtaufnahme; 1885—1896 dagegen 31·4% und 1894—1895 sogar 40·2%. In England hat man als Ursache für die Entstehung der Geisteskrankheiten in den 5 Jahren 1800—1897 berechnet, dass auf die Erblichkeit 20·4% M. und 25·9% Fr. kommen; auf Alkoholismus 22·0% M. und 9·1% Fr., auf Syphilis 13·1% M. und 2·8% Fr.

* * *

Unter den Motiven zum Selbstmord wird dem Alkohol ein erheblicher Antheil zugeschrieben. Auch hier wollen einige zwischen der Zunahme der Selbstmordhäufigkeit und der Zunahme des Alkoholconsums einen unmittelbaren Zusammenhang annehmen. Ein solcher ist nach unseren Untersuchungen allerdings nicht direct festzustellen. Bei der Vielfältigkeit der Selbstmordmotive an sich, sowie bei dem gleichzeitigen Vorkommen mehrerer ursächlicher Einwirkungen in demselben Einzelfalle ist ein solcher häufig wahrscheinlich. Jedenfalls muss zugegeben werden, dass durch die Einwirkung des Alkohols und unter seinem Einfluss ein ansehnlicher Bruchtheil der Selbstmorde zu Wege gebracht wird. Die Ursachen der Trunksucht selbst sind auch oft die des Selbstmordes. Je nach Stand, Beruf und Individualität wird der eine durch Verlust des Vermögens, der Ehre, des häuslichen Glückes, durch verletztes Ehrgefühl zum Selbstmörder, der andere zum Trinker, und häufig endet auch diese Trunksucht mit dem Selbstmorde. Zahlreicher noch ist der Selbstmord bei Trinkern, die von Stufe zu Stufe gesunken, nach langem Elend und ebenso langer Trunksucht mit eigener Hand ihrer jammervollen Existenz ein Ende machen.

Von 1869—1875 waren in Preussen unter 21.001 Selbstmorden in 8·5% der Fälle (1787) Trunkenheit und Trunksucht die Ursache zur Selbstentleibung (bei Männern in 10·4% und bei Frauen in 1·86%). Von 1874—1878 waren unter 19.289 Selbstmorden 1943 durch Trunksucht bedingt = 10·07%. Von 1869—1873 betrug die jährliche Durchschnittszahl der durch dieses Motiv bedingten Selbstmordzahl 231 (bei 2929 Selbstmorden überhaupt), von 1874—1878 hingegen 381 (bei 4018 Selbstmorden). Im ersten Jahrfünft betrug die Selbstmordzahl aus Trunksucht und Trunkenheit 6·7—7·6% der gesammten Selbstmordfrequenz, in dem zweiten hingegen 9·5—10·3%. Die Zahl der Selbstmorde wegen Trunkenheit und Trunksucht war im jährlichen Durchschnitt:

1860—1872	217	1883—1885	506
1873—1876	327	1899	468
1877—1882	457	1900	523

Nach *Prinzing* (Trunksucht und Selbstmord, Leipzig 1895) ward 1883—1890 in Preussen unter 47.182 Selbstmorden in 4608 Fällen = 9·8% Laster als Ursache, in 4247 Fällen = 9% Trunkenheit und Trunksucht ermittelt. — In Württemberg war von 1873—1880 Trunksucht und andere Excesse als Motiv in 23·5% ermittelt, 1881—1890 in 15·6% aller Selbstmorde; nach der officiellen Statistik waren von 1873

bis 1892 durch Trunksucht bedingt 18·6% aller Selbstmorde, von 1893 bis 1895 12·4%. — In Sachsen war nach *Böhnert* von 1847—1876 unter 17.694 Selbstmorden in 1728 Fällen die Ursache in Trunksucht und unsittlichem Lebenswandel, d. i. in 9·77% zu finden, von 1847 bis 1882 in 9·34% (11·28% bei Männern und 1·55% bei Frauen); 1888 in 9%. In Oldenburg betrug dieses Motiv des Selbstmordes 1854—1863 16·4% und 1861—1880 16·21%; im Grossherzogthum Hessen innerhalb 10 Jahren 17·8%; in Baden 1852—1861 hingegen nur 4·1%. — In Kiel fand Professor *Heller* 1899 unter 300 secirten Selbstmördern bei 47·6% Zeichen des Alkoholismus, und *Bockendal* gibt schon früher an, dass fast die Hälfte aller Selbstmörder in Schleswig-Holstein nachweislich dem Trunke ergeben gewesen seien.

* * *

Nicht minder betrübend ist die Wirkung des unmässigen Alkoholgenusses auf das sittliche Leben. Aeltere und neuere Untersuchungen haben unwiderleglich erwiesen, dass ein enger Zusammenhang zwischen Trunksucht und Verbrechen besteht, dass erstere eine der wichtigsten Ursachen für die Entstehung und Beförderung der Verbrechen überhaupt und ganz besonders für die Zunahme gewisser Arten von strafbaren Handlungen und auch für die Rückfälligkeit bilde. Man hat diesen Zusammenhang nicht anerkennen wollen, weil sich die Ab- und Zunahme der Criminalität in einem und demselben Lande nicht der Ab- und Zunahme des Alkoholconsums gleich verhält, und weil sich die Criminalität in einzelnen Ländern bei gleichem Alkoholconsum ganz verschieden gross und auch verschieden geartet zeigt. Ein solcher Parallelismus zwischen Trunksucht und Verbrechen ist auch niemals behauptet worden und wird auch niemals behauptet werden können, wenn man daran denkt, welche Menge von Factoren individueller und socialer Art bei der Entstehung der generellen und specifischen Criminalität zusammenwirken. Was jedoch von allen Sachkundigen, Criminalisten und Strafvollzugsbeamten behauptet und durch statistische Nachweise immer von Neuem belegt wird, ist die Thatsache, dass die Unmässigkeit eine sehr ergiebige Quelle für die Vermehrung der Verbrechen und der Verbrecher abgibt, und das aus dem Grunde, weil sie alle Momente, die zum Verbrechen führen, in einem extremen Grade hervorruft und mitbedingt.

Wenn auch zwischen Alkoholunmässigkeit und Criminalität kein unmittelbarer Zusammenhang vorhanden ist, so zeigt doch die Criminaljustiz aller Länder, dass mit der Zunahme der Alkoholisten — was nicht immer identisch ist mit der Zunahme des Alkoholconsums im Allgemeinen — die Zahl der Verbrecher und der Verbrechen, insbesondere die der Gewaltthätigkeit und gegen die Person, zunimmt. Sowohl die acute wie die chronische Alkoholintoxication ist geeignet, zu gesetzwidrigen Handlungen zu führen. „Im Rausche", sagten wir an einer anderen Stelle, „ist die Selbstbestimmung des Menschen geschwächt; die Neigungen und Triebe treten stärker hervor, ohne durch Urtheil und Ueberlegung gemässigt oder gar bekämpft zu werden. Zanksucht und Rechthaberei, gesteigerte Empfindlichkeit führen zu schnellerem Handeln, zu sofortiger Ahndung und Rache. die um so roher ist, je wüster der Rausch und je roher der Betrunkene ist" .... „Im Zustande der Trunkenheit werden viele Verstösse und Vergehen gegen die Sittlichkeit verübt. Während die Gewohnheit strenger Pflicht-

erfüllung, die Achtung vor dem Gesetz und die Regungen des Gewissens sonst jeden Gedanken verbrecherischer Art niederhalten und ersticken, folgt jetzt dem auftauchenden verbrecherischen Reiz schnell die That, zuweilen selbst der Diebstahl, der Raub“ .... „Dem habituellen Trinker geht allmählich das Gefühl für Ehre, Pflicht, Anstand und gute Sitte verloren und zuletzt auch das für Gesetz und Recht. Mit der Gefühls- und Gemüthsstumpfheit geräth er in Müssiggang und Rathlosigkeit, wird er Bettler, Landstreicher und zuletzt noch Dieb.“ — Eine von uns in den Jahren 1875—1876 in 120 Gefangenen- und Strafanstalten in den Einzelstaaten des Deutschen Reiches ausgeführte Ermittelung hat ergeben, dass von 32.837 Gefangenen 13.706 (41·7%) ihr Verbrechen unter dem Einfluss des Alkohols begangen hatten. Unter den männlichen Gefangenen (30.041) waren 53·6% Gelegenheits- und 46·8% Gewohnheitstrinker; unter den weiblichen Gefangenen (2796) 39% und 61%. Besonders gross war dieser Einfluss bei Vergehen und Verbrechen wider die Person, bei den Roheits- und Gewaltsdelicten, und hier ist wieder der Gelegenheitstrunk stark hervortretend. Es zeigt sich in den Zuchthäusern, dass von 100 Mordfällen 46·1 unter dem Einflusse des Alkohols geschehen waren; von den Mördern waren 58·6 Gelegenheits- und 41·4% Gewohnheitstrinker; beim Todtschlag waren es 63·2%; Raub 68·8% (57·1 und 42·9%); Körperverletzung 74·5% (72·7 und 27·3%); Brandstiftung 47·6% (48·0 und 52·0%); Noth- und Unzucht 60·2% (61·2 und 38·8%); in den Gefängnissen: Widerstand gegen die Staatsgewalt: 76·5% (89·0 und 11·0%); Hausfriedensbruch 54·2% (94·2 und 5·8%); Vergehen gegen die Sittlichkeit 77·0% (73·3 und 26·7%); Aufruhr und Landfriedensbruch 52·9% (66·6 und 33·4%). Unter 3227 Gefangenen im Strafgefängniss Plötzensee waren 1174 Trinker = 36·5%. Unter dem Einflusse der gelegentlichen Angetrunkenheit waren verübt Körperverletzungen 51·5%, Widerstand gegen die Staatsgewalt 70·10%, Hausfriedensbruch 55·2%, Sachbeschädigung 55·1%, Verbrechen gegen die Sittlichkeit 66·0%, Unterschlagung 18·8%, Diebstahl 16·5%. — Unter 1079 in der Landes-Arbeits- und Correctionsanstalt 1874—1875 Aufgenommenen waren 470 (43·6%) schwere Trinker, von denen 31% zum ersten-, 26·1% zum zweiten- und 49·0% zum dritten Male und darüber zur Correctionshaft verurtheilt waren.

Nach einem Nachweise des P. *Schröter* waren unter 2178 wegen Körperverletzung und Todtschlag Verurtheilten 716 (32·4%), welche ihre Strafthat am Sonntag, 1271 (58·4%) am Samstag Abend, Sonntag oder Montag begangen, während die übrigen 907 Fälle (41·6%) auf die anderen Wochentage fallen; von den Verbrechen gegen die Sittlichkeit fielen 210 (22·6%), von Landfriedensbruch und Aufruhr 60 (35%), von 816 Brandstiftungen 143 (17·5%), von 807 Raubanfällen 160 (20%) auf den Sonntag. Aehnliche Ergebnisse haben die Gefängnissgeistlichen *Heinersdorf* und *v. Koblinski* gefunden. — Die Reichs-Criminalstatistik für die Jahre 1898 und 1899 zeigt in einer graphischen Darstellung die Vertheilung der Körperverletzungen auf die einzelnen Wochentage. Die Maximalhöhe mit 254 kommt auf den Sonntag, 125 auf Montag, 103 auf Sonnabend, 69 auf Dienstag, 62 auf Mittwoch und Donnerstag, die Minimalzahl mit 48 auf Freitag. Hier lässt sich die Wirkung des Alkoholconsums in seiner Zusammengehörigkeit mit der Lohnzahlung unschwer erkennen. *Oertel* hat

die unter dem Einflusse des Alkohols im Jahre 1900 im Dresdener Landgerichtsbezirk verübten Strafthaten auf die Wochentage vertheilt gefunden: Sonntag: 28·0%, Montag: 17·9%, Dienstag: 12·1%, Mittwoch: 9·7%, Donnerstag: 9·1%, Freitag: 8·7%, Sonnabend 15·2%. „Von den Verbrechen gegen Leib und Leben," meint der bekannte Gefängnisskundige Dr. *Krohme* (1883), „sind die einfachen und schweren Körperverletzungen sämmtlich, die fahrlässigen Körperverletzungen fast sämmtlich, Todtschlag mit wenigen Ausnahmen auf den Branntwein zurückzuführen. Die Verbrechen gegen das Eigenthum haben ihre weiteste Ursache fast ausnahmslos in einer momentanen oder dauernden materiellen Noth. Und die Ursache dieser Noth ist fast regelmässig der Branntwein. Die Verbrechen gegen die Sittlichkeit, mögen sie Nothzucht, Unzucht mit Erwachsenen oder Kindern heissen, haben fast ausschliesslich ihre Ursache im Branntwein. Dies ist meine Erfahrung seit 20 Jahren in Oldenburg, in Schleswig-Holstein, in Hessen, in Brandenburg. — 70% aller Verbrechen oder Vergehen stehen mehr oder weniger im ersichtlichen Zusammenhang mit dem Branntwein."

Director *Streng* vom Zellengefängniss in Nürnberg hat 1878 unter den in diesem Jahre zugegangenen 222 wegen Körperverletzung Bestraften 147 gefunden, welche diese in Wirthshäusern verübten, oder auf dem Heimwege vom Wirthshause. Und Dr. *Fuld* hat 1885 unter den im Grossherzogthum Hessen wegen desselben Verbrechens 1231 Verurtheilten 305 ermittelt, die bei der That angetrunken waren, und 371, die dasselbe nach vorhergegangenem Genuss geistiger Getränke verübt hatten. „Nächst dem Müssiggang," sagt Director *Sichart* (1890), „ist die Trunksucht eine der ergiebigsten Quellen der Verbrechen, einzelne Arten von Delicten, wie solche gegen die Sittlichkeit, Meineid, Brandstiftung, scheinen durch übermässigen Genuss geistiger Getränke in noch höherem Grade, als durch das Laster der Arbeitsscheu begünstigt und gefördert zu werden." Und die amtliche Criminalstatistik führt 1895 aus: „Nicht nur sogenannte Affectverbrechen, wie Körperverletzung, Todtschlag, Vergehen gegen die Sittlichkeit, sondern auch Diebstahl und Betrug, selbst Brandstiftungen werden im Zustande der Trunkenheit ausgeführt, oder es fliessen die letztgenannten Verbrechen aus der mit der Trunksucht meist Hand in Hand gehenden Arbeitsscheu und den nächsten Folgen."

Wie sehr der Alkohol die Criminalität beeinflusst, zeigt auch nachstehende amtliche Feststellung aus der jüngsten Zeit. In die preussischen Zuchthäuser waren zugegangen (Statistik der unter dem Ressort des Minist. des Innern in Preussen stehenden Straf- und Gefangenanstalten, 1897—1901, Berlin):

Jahr	Zugang überhaupt		Unter diesen waren Gewohnheitstrinker				War die That in der Trunkenheit begangen			
	Männer	Frauen	Männer	%	Frauen	%	Männer	%	Frauen	%
1895/1896	5945	1072	1225	21·30	107	10·78	1145	19·90	50	4·60
1896/1897	5490	978	1110	20·20	89	9·10	1258	22·90	60	6·10
1897/1898	4694	924	935	19·90	86	9·30	1076	22·90	46	4·90
1898/1899	4954	872	971	19·60	93	10·00	1204	24·30	55	6·30
1899/1900	4506	818	886	18·80	90	11·00	1227	27·20	47	6·00
1900/1901	4743	760	922	19·40	90	12·40	1299	27·40	38	5·00

Wir müssen uns versagen, die hochwichtigen Ergebnisse privater und amtlicher Untersuchungen, welche in älterer und neuerer Zeit in anderen Culturstaaten unternommen sind (cfr. die Ermittelungen in neuerer Zeit von *Aschaffenburg, Oertel, Günther* in Deutschland, *Maraubat* in Frankreich, *S. Wiesclgren* in Schweden, *Lang* in der Schweiz), um die Ursachen des Verbrechens zu ergründen und zu verhüten, auch nur andeutungsweise anzuführen. Alle kommen darin überein, dass die Alkoholunmässigkeit im engsten Zusammenhange steht mit der Criminalität, und dass mit der Bekämpfung jener auch diese wirksam bekämpft wird.

Es mag auch darauf hingewiesen werden, dass die Unmässigkeit das Verbrecherthum indirect befördert dadurch, dass sie, wie kein anderes sociales Uebel, die materielle und sittliche Wohlfahrt der Familien untergräbt und vernichtet, dass sie eine der Hauptursachen wird für die Verwahrlosung der Nachkommenschaft. Viele von den jugendlichen Verbrechern in den Gefangen- und Erziehungsanstalten stammen aus Familien, in denen die Trunksucht die gedeihliche Erziehung der Kinder unmöglich macht. Aus der Zusammenstellung nachstehender amtlicher Zahlenangaben ist dieser Zusammenhang erwiesen (Statistik, ibid.). In die staatliche Zwangserziehungsanstalt für Jugendliche sind zugegangen in Preussen:

Jahr	Zugang überhaupt		Durch Schuld der Eltern verwahrlost		Trunkfällig war			
					der Vater		die Mutter	
	männlich	weiblich	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
1896/1897	591	61	504	54	91	12	7	1
1897/1898	151	15	107	10	24	2	3	1
1898/1899	213	35	152	26	52	11	12	2
1899/1900	284	82	178	59	49	16	8	10
1900/1901	219	60	153	36	35	7	7	1

Die Erfahrung lehrt, dass in den Familien, in denen die Trunksucht der Eltern Ordnung und Sitte, Zucht und Sittsamkeit verbannt und zerstört hat, die Knaben dem Müssiggang, der Liederlichkeit und schliesslich dem Verbrechen und die Mädchen der Prostitution anheimfallen.

Die Trunksucht ist der böseste Feind für das Erblühen und das Fortbestehen des Familienglückes. Wie viel Elend und Missgeschick, wie viel Unglück, Streit und Zank erleiden die Familie, Weib und Kinder unter den rohen Misshandlungen des trunkenen und trunksüchtigen Ehegatten und Vaters? Die Zahl der Ehescheidungen, in welchen Trunksucht als Scheidungsgrund vom Richter anerkannt wird, gewährt nicht den geringsten Ausdruck für die Grösse des in Wirklichkeit vorhandenen Trunksuchtsunglücks. Im Jahre 1858 war in Preussen unter 1906 Ehescheidungen Trunksucht 56mal die Ursache (2·49%), 1859 unter 1810 Ehescheidungen 53 (2·93%) und 1860 unter 1614 Ehescheidungen 37mal (2·39%). Diese Zahlen geben nicht annähernd die Summe des Elends und Unglückes wieder, das die Trunksucht dem Familienleben zufügt.

* * *

Es ist viel darüber gestritten, ob die Trunksucht die Ursache oder die Folge der Armuth ist. Die Entscheidung dieser Frage bietet sicher ein hochwichtiges, aber mehr theoretisches Interesse; aus der praktischen Erfahrung des täglichen Lebens und ganz besonders aus unserem Berufsleben als Arzt und langjährigem Gefängnissarzt glauben wir die Ueberzeugung aussprechen zu dürfen, dass die Trunksucht viel häufiger die Ursache ist, die zur Einzelarmuth führt als umgekehrt. Die Angewöhnung zum Trunk geschieht ebenso unter guten und nicht allein unter schlechten wirthschaftlichen Lebensverhältnissen. Sehr viele, fleissige und willenskräftige Menschen aus den armen Volksclassen und dem Proletariat kämpfen einen schweren und ehrsamen Kampf für ihren und der Ihrigen Lebensunterhalt, ohne sich der Unmässigkeit zu ergeben; es ist aber auch erwiesen, dass die Trunksucht zu Zeiten allgemeiner Prosperität, zu Zeiten blühender allgemeiner ökonomischer Verhältnisse ungewöhnlich zunimmt. Es ist festgestellt, dass die Ausgaben der Arbeiter für geistige Getränke oft in schädlichem Verhältnisse zu ihrem Einkommen stehen, und dass die Gefahren des Alkoholismus bei den Arbeitern in einem viel grösseren Maasse sich zeigen, weil sie zu viel für alkoholische Getränke verwenden, erheblich mehr als für ihren anderen Haushalt zukommt. Die Ernährung der Arbeiter wird durch diese irrationelle Vergeudung minderwerthig und die Sterblichkeit besonders an Schwindsucht sehr gross. Der Trunk, hebt *Herkner* hervor, ist oft gerade da besonders verbreitet, wo die mangelhaften Löhne ihn am ehesten verbieten sollten. (*Herkner,* Alkoholismus und Arbeiterfrage.) — Sicher ist, dass sehr viele Personen, die sich dem Trunke ergeben, früher oder später der Armuth verfallen. Die Trunksucht führt der Armuth immer neue Opfer zu und bildet ein Haupthinderniss für die Beseitigung der Einzel- und Massenarmuth. Dass die Trunksucht durchaus nicht als Folge der Armuth anzusehen ist, wie die einseitige sog. Verelendungstheorie immer behauptet, beweist der Umstand, dass es auch in den reichsten und wohlhabendsten Gesellschaftsclassen viele, recht viele Trinker gibt. Die Meinung, dass der Alkoholismus nur durch die Ueberarbeit und die Unterernährung des Proletariats bedingt ist, meint auch der bekannte *Emil Vandervelde,* steht im vollen Widerspruch mit der Thatsache, dass alle Classen der Gesellschaft von dem Uebel ergriffen sind und auch Völker aller Civilisationsstufen. (Die Neue Zeit, 1901—02, Nr. 24.)

Der Zusammenhang des socialen Elends mit der Trunksucht zeigt sich als schreiendes Schreckensgespenst, wenn ein trunksüchtiges Proletariat, von Armuth und Nahrungsmangel geschwächt, zur Zeit von Misswachs und Missernten von schweren Seuchen, von Cholera, Hungertyphus heimgesucht und massenhaft hinweggerafft wird. „Ueberall, wo die Unmässigkeit herrscht, folgt Armuth und Elend bald nach, wie der Schatten dem Körper — an dem Tage, wo die Trunksucht verschwunden sein wird, wird mehr als die Hälfte des Pauperismus verschwunden sein“ *(Picard).*

„Alles, was leibliches Elend fördert, schafft sittliches und geistiges Siechthum. Hier liegt die grosse Breite, auf der sich die einzelnen Glieder der socialen Misere unlösbar aneinanderreihen, so dass es schwer wird, nachzuweisen, welches das bedingende Erste und welches das bedingte

Zweite ist. Pauperismus und Unwissenheit, Unwissenheit und lasterhaftes Leben, lasterhaftes Leben und Verbrechen, sie wuchern auf dem reich gedüngten Boden des socialen Elends dicht neben- und nacheinander. Und einer der wichtigsten Factoren für die Förderung dieses Zustandes ist der Alkoholismus."

* * *

Die Erscheinungen des Alkoholismus, die in den obigen Abschnitten angedeutet sind, stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Verbrauch der alkoholischen Getränke. Wo der Consum dieser Getränke ein grosser und in steigender Zunahme begriffen ist, werden auch jene immer stärker wahrnehmbar. Dieser Zusammenhang wird um so deutlicher, je genauer der Alkoholverbrauch sich in denselben Landesdistricten und in denselben Bevölkerungskreisen vergleichsweise bestimmen lässt. Es ist schon wiederholt darauf hingewiesen, dass die Folgen der Trunksucht nicht allein durch den Missbrauch des Branntweins bedingt werden, sondern in gleich verderblicher Weise auch dort auftreten, wo der Consum von Bier, und zwar der in der Neuzeit fast allein gebräuchlichen schweren untergährigen Bierarten, ein abnorm grosser wird, und nicht minder auch dort, wo der Wein als Volksgetränk in zu grossen Mengen genossen wird.

Wenn auch jetzt noch in einzelnen Landestheilen klimatische und wirthschaftliche Verhältnisse, Gewohnheiten und Herkommen, den Gebrauch des alkoholischen Getränkes vorzugsweise bestimmen, und man im allgemeinen auch heute noch wie früher von Branntwein-, Bier- und Weinländern sprechen kann, so haben doch in der Neuzeit Technik und Verkehr auch auf diesem Gebiete derartig nivellirend und verschiebend gewirkt, dass es sich in diesem Landestheile um ein Mehr von Branntwein und um ein Weniger von Bier und Wein, und in dem andern umgekehrt um ein Mehr von Bier und Wein und um ein Weniger von Branntwein handelt. Thatsächlich hat in den letzten Jahrzehnten in den Branntwein producirenden Ländern der Bierconsum erheblich zugenommen und in noch bedauerlicherer Weise der Branntweinverbrauch in den eigentlichen Bier- und Weinländern. Der Branntwein hat sich durch seine übergrosse Production und durch seine Billigkeit überallhin verbreitet, und hat dazu beigetragen, die Schäden des Alkoholismus dort hervorzurufen, wo sie unbekannt, und dort zu vermehren, wo sie nur in geringem Umfang vorhanden waren.

Man hat immer ein grosses Gewicht darauf gelegt, die Grösse des Alkoholconsums in einem Lande zu ermitteln, festzustellen, wie viel Alkohol aus dem Verzehr von Branntwein, Bier und Wein auf den Jahresgebrauch der Gesammtbevölkerung eines Landes und vergleichsweise annähernd auf den Kopf der Bevölkerung entfällt. Dieses zahlenmässige Consumquantum entspricht nicht immer der Grösse der ermittelten schädlichen Alkoholwirkung, weil es im wesentlichen darauf ankommt, in welcher Weise sich der Consum in dem betreffenden Lande vertheilt. Wenn die consumirte Alkoholmenge auch eine relativ geringe ist, und diese sich auf einen kleinen Kreis von Consumenten beschränkt, so wird beispielsweise die Zahl der durch sie verursachten Sterbe- und Irrsinnsfälle hier eine viel grössere sein als dort, wo der Alkoholconsum ein erheblich grösserer ist und sich auf eine viel grössere Zahl von Consumenten vertheilt.

Es gestaltet sich alsdann das Verhältniss derartig, dass dort bei wenigen Consumenten ein jeder einzelne ein grosses Quantum und hier bei vielen Consumenten jeder einzelne ein kleines Quantum verbraucht. Von diesem Verhältniss allein hängt der wirkliche Zusammenhang von Alkoholconsum, Grösse und Art der Trunksuchtsfolgen ab; aus ihm und der Verschiedenartigkeit der consumirten alkoholischen Getränke erklärt es sich zum grossen Theile, warum bei gleichem Alkoholconsum die Trunksuchtsfolgen in den einzelnen Ländern und selbst in demselben Lande zu verschiedenen Zeitepochen quantitativ und qualitativ so sehr verschieden gestaltet sind. Die Grösse des Alkoholconsums allein bildet nur einen allgemeinen Maassstab für die Beurtheilung des bestehenden Alkoholismus, sowie auch für dessen Zu- und Abnahme, und aus diesem Grunde nur ist ihre Feststellung von gewichtiger, werthvoller Bedeutung.

Die Grösse des Branntweinconsums im Reichssteuergebiet und in Preussen lässt sich mit annähernder Sicherheit erst aus neuester Zeit angeben. So lange man die Menge des verbrauchten Trinkbranntweins aus der Grösse der Spiritussteuer und diese nicht nach dem wirklichen Fabrikat, sondern allein nach dem Maischraum, in welchem das zur Destillation gebrauchte Material angestellt war, berechnete, so lange war die ermittelte Consummenge eine unsichere, weil aus dem fixirten Maischraum je nach dem Material und nach der Brennereitechnik eine viel grössere Spiritusmenge producirt wurde, als der gesetzliche Steuersatz angenommen hatte. Die berechnete Productionsziffer war von Jahr zu Jahr hinter der wirklichen Production zurückgeblieben, so dass eine Vergleichung zwischen Productions- und Consumgrösse immer unzutreffender wurde. Aus diesem Grunde ist es nur in einem beschränkten Grade zulässig, aus dem ermittelten früheren und jetzigen Branntweinconsum auf eine Zu-, resp. Abnahme desselben schliessen zu wollen. Die Spiritusproduction hatte von der Mitte des vorigen Jahrhunderts an eine ungemeine Steigerung erfahren. Es wurde an Branntwein producirt

1849 . . .	180.740	Hektoliter	zu	100%
1851 . . .	140.736	„	„	„
1861 . . .	175.100	„	„	„
1871 . . .	260.750	„	„	„
1881/82 . .	3,913.176	„	„	„

Nach der officiellen Berechnung aus der Branntweinsteuer war das Consumquantum pro Kopf der Bevölkerung im preussischen Staate: 1831: 8·1 Quart (1 Quart = 1·145 Liter); 1842: 5·93; 1855: 5·16; 1865: 6·37; 1871: 6·29. Die Production hatte eine kolossale Steigerung erfahren. Noch schwieriger wird die approximative Consumtion in den einzelnen Provinzen des preussischen Staates; alle Berechnungen von 1831 bis jetzt zeigen, dass die östlichen Provinzen in Betreff der Production bei weitem die westlichen überragen. In absteigender Linie folgen hier die Provinzen Brandenburg, Posen, Sachsen, Pommern, Preussen, Schlesien, Hannover, Westfalen, Schleswig-Holstein, Hessen-Nassau, Hohenzollern.

Man kann annehmen, und die Erfahrung bestätigt diese Annahme, dass mit der Grösse der Production auch die Grösse der Consumtion annähernd gleichen Schritt hält. *Gerstfeld* berechnete, dass in den Jahren 1875/76 bis

1877/78 im reichsrechtlichen Branntweinsteuergebiet* mindestens 200 Millionen Liter Alkohol zu 100% consumirt werden, d. h. 6 Liter pro Kopf der Bevölkerung oder 15 Liter Branntwein à 40%. Von den 34 Millionen Bewohnern des Reichssteuergebietes sind wenigstens, wie er ausführt, 34% Kinder im Alter von weniger als 15 Jahren und ebenso viel Frauen, d. h. also 70% abzurechnen. Für die übrigbleibenden 30% der Einwohner männlichen Geschlechts über 15 Jahre, d. h. für 10 Millionen Einwohner, verbleibt also ein jährliches Quantum von 200 Millionen Liter oder 20 Liter pro Kopf reinen Alkohols von 100% oder 50 Liter geniessbaren Schnapses, d. h. 1 Liter Schnaps pro Woche oder täglich mindestens 4 Schnäpse. *Grosse* berechnet für 1879 pro Kopf der Einwohner 8·57 Liter (750 Millionen Liter) und auf die männlichen Individuen über 15 Jahre, nach obiger Weise berechnet, 71 Liter trinkbaren Branntweins, und *Löwenherz* berechnet den Consum pro Kopf der Gesammtbevölkerung im Reichssteuergebiet im Durchschnitt der Jahre 1877—1879/80 auf 8·1 Liter à 100% = 20 Liter Trinkbranntwein (à 40%) ohne Unterschied des Alters und Geschlechts. Nach dem kaiserlichen statistischen Amt war der muthmaassliche Alkoholconsum ein viel geringerer; er betrug im 11jährigen Durchschnitt 1870—1880/81 nur 4·5 Liter à 100%, für 1872—1879/80 5·2 Liter. Im Jahre 1881 kamen 154 Millionen Liter à 100% auf 35,662.000 Einwohner. Berechnet man auch hier nur die Consumtion auf die männlichen Personen über 15 Jahre, so entfallen auch hier 36 Liter Branntwein auf jedes Individuum. Viel genauer und zuverlässiger wird die Berechnung des Branntweinconsums seit 1887, seit der Abschaffung des Maischraumes und der Einführung der Consumsteuer. Mit der gleichzeitigen erheblichen Erhöhung der letzteren von 16 auf 70 Mark pro Hektoliter tritt eine starke Abnahme des Branntweinconsums ein. Dieser letztere sinkt von 6·91 Liter à 100% pro Kopf im Jahre 1885/86 auf 3·6 im Jahre 1887/88 und bleibt sich mit geringen Schwankungen auf 4·5 Liter von 1888/89 bis 1898/99 constant gleich.

Es wurde nach officieller Angabe an reinem Alkohol 1899/1900 in den freien Verkehr (zum Consum) gebracht 2,449.758 Hektoliter, im Jahre 1900/1901 2,417.375 Hektoliter. Bei einer Bevölkerung von 55,792.000 entfällt auf den Kopf der Bevölkerung 4·39 oder rund 4·4 Liter à 100% oder 8·8 Liter à 50%. Von den 1900/1901 erzeugten 4,051·860 Hektoliter reinen Alkohols entfallen auf: Preussen 3,383.580 Hektoliter (auf Ost- und Westpreussen: 466.009; Brandenburg: 685.295; Pommern: 505.771; Posen: 773.520; Schlesien: 606.805; Sachsen: 184.236; Hannover: 104.569; Westfalen: 238.499, Rheinland etc. 145.876); auf Bayern: 194.970; Sachsen: 169.251; Württemberg: 42.853; Baden: 70.992; Mecklenburg: 49.641; Anhalt: 42.564; Elsass-Lothringen: 24.520; übrigen Bezirke: 73.489. Der Reinertrag an Branntweinsteuer betrug im ganzen 1898: 151,764.330 Mark; 1900: 151,719.604. (Statistisches Jahrbuch des Deutschen Reiches etc. etc.)

* Der Maischsteuer-Verband oder Brausteuer-Verein bestand bis 1866 aus Preussen, Sachsen und den thüringischen Ländern; 1866 trat Braunschweig, 1867 Oldenburg, Hannover, Kassel und Schleswig-Holstein hinzu; 1868 Mecklenburg, 1869 Grossherzogthum Hessen, 1874 Elsass-Lothringen. Gegenwärtig umfasst das Branntweinsteuergebiet das ganze deutsche Reichsgebiet mit Ausnahme von Luxemburg.

Neben diesem Branntweinconsum, der in den letzten Jahren ziemlich constant geblieben, hat der Bierverbrauch in ungemein gesteigerter Weise zugenommen. Und nicht allein die Consumgrösse, sondern auch die Art des consumirten Bieres hat eine wesentliche Veränderung erfahren. Während es im Jahre 1831 im preussischen Staate 15.573 Bierbrauereien gab, war diese Zahl 1875 auf 9435 gesunken bei einer kolossalen Steigerung der Productionsmenge. Die Zahl der kleinen Brauereien hat ab- und die Zahl der Grossbetriebe zugenommen. Mit letzteren hat die Production der untergährigen, nach bayerischer Art gebrauten alkoholschweren Biere in Norddeutschland immer mehr an Ausdehnung gewonnen und den Consum der leichten Biere verdrängt. Während es im Brausteuergebiet (Zollgebiet ausschliesslich Bayern, Württemberg, Baden, Elsass-Lothringen und Luxemburg) noch im Betrieb gewesene Brauereien 1880 gab: 11.564, ist diese Zahl heruntergegangen 1885 auf 10.365, 1890 auf 8969, 1895 auf 7847 und 1899 auf 7083, und während derselben Zeit ist der Bierverbrauch gestiegen im gesammten Brausteuergebiet in nachstehender Weise (in 1000 Hektoliter):

Jahr	Brausteuergebiet (Norddeutschland)	Bayern	Württemberg	Baden	Elsass-Lothringen	Zollgebiet
1880	21.198	11.115	3352	1204	840	37.783
1885	24.479	11.324	2870	1267	700	40.719
1890	33.769	12.332	3522	1688	1021	52.433
1895	39.720	13.621	3929	1900	1292	60.595
1899	45.505	15.042	4139	3091	1450	69.449

und auf den Kopf der Bevölkerung fällt ein Verbrauch (in Litern):

Jahr	Brausteuergebiet (Norddeutschland)	Bayern	Württemberg	Baden	Elsass-Lothringen	Zollgebiet
1875	67·8	243·0	190·8	76·5	39·8	93·3
1880	62·2	217·7	170·1	76·8	53·7	84·6
1885	69·0	209·1	143·8	79·2	44·7	88·8
1890	87·8	221·2	173·0	103·2	63·7	105·8
1895	97·1	235·0	188·9	110·7	78·8	115·7
1899	104·3	247·5	193·0	169·5	85·3	124·9

Es bedarf keines weiteren Commentars, um die Steigerung dieses Consums, namentlich in Norddeutschland, zu erkennen, wenn man in Erwägung zieht, dass hier der Biergenuss bei Frauen und Kindern noch immer ein geringer ist gegenüber dem des Erwachsenen männlichen Geschlechts.

Nur in Bayern, der alten Stätte der Biertrunksucht, und in Württemberg war der Bierconsum mit geringer Schwankung ziemlich gleich geblieben. In München erreicht derselbe fast unglaubliche Dimensionen.

Hier war er in Litern pro Kopf 1879: 510, 1889: 533, 1892: 426, 1895: 425, 1898: 400. Das Heruntergehen in den letzten Jahren will man den antialkoholischen Bestrebungen daselbst zuschreiben. Immerhin nimmt, wie *Hoppe* ausrechnet, auch jetzt noch jeder Münchener Einwohner (Frauen und Kinder einschliesslich) $1^1/_4$ Liter = fast 4 Seidel Bier per Tag zu sich, d. i. das Bier zu 4% gerechnet 150 Grm. = $^1/_2$ Seidel Trinkbranntwein (à $33^1/_3$%). In Bayern kommt pro Kopf der Bevölkerung eine jährliche Ausgabe von 58 M. 32 Pf. ausschliesslich für Bier.

Im Königreich Sachsen hat sich der Bierverbrauch in der Zeit von 1849—1889 mindestens vervierfacht, während sich die Bevölkerung von 1849—1885 von 1,894.431 auf 3,182.003 vermehrt hat.

In Berlin war der Bierconsum 1883: 159, 1887: 152, 1888: 182, 1896: 239 Liter per Kopf. Es genügt des Vergleiches wegen zu erwähnen, dass im preussischen Staate nach *Dietrici* die Production von Bier betrug pro Kopf der Bevölkerung 1831: 15·19 Quart (1 Quart = 1·145 Liter); 1845: 12·29, 1853: 9·24, 1863: 13·25, 1870: 15·74, 1875: 60·3 Liter. In den einzelnen Provinzen war 1899 die Bierproduction am geringsten in Posen (33 Liter), Westpreussen (52), Pommern (53), Ostpreussen (61), Hannover (64), Schlesien (72), Rheinland (103), Sachsen (103), Schleswig-Holstein (108), Westfalen (114), Hessen-Nassau (118), Brandenburg (138), Hohenzollern (209).

Nur einen geringen Einfluss übt der Weinverbrauch auf den allgemeinen Alkoholconsum in Deutschland aus. Der Wein ist in dem allergrössten Theil des Reichssteuergebietes ein Luxusgetränk, das von den wohlhabenden Classen der Bevölkerung häufig, von den mittleren Classen selten und von ärmeren arbeitenden Classen ganz ausnahmsweise und meist gar nicht genossen und gekannt wird. Nur in Württemberg, Baden, Elsass-Lothringen, in der Rheinprovinz und in Hessen-Nassau wird er stellenweise das Volksgetränk. Er wird auch hier immer mehr und mehr vom Bier und Branntwein verdrängt und bleibt ein sehr geringer Consumartikel, wenn die Weincrescenz eine minder gute gewesen. In Württemberg ist der Weinverzehr gewesen 1880—1884: 20·8, 1885—1889: 24·1, 1890—1894: 21·5 und 1895: 27·6. In ganz Deutschland wurde verbraucht durchschnittlich 1878: 7·73, 1885: 8·77, 1891: 2·81; 1885 bis 1895 pro Kopf der Bevölkerung 5·7 Liter Wein, 1898: 3·5, 1899: 4·7. Er vertheilte sich nach *Laves* früher — und auch jetzt wird dasselbe annähernd richtig sein — derartig, dass auf Norddeutschland sein Consum ein minimaler, kaum calculirbarer ist; dass weiterhin entfällt pro Kopf ein jährlicher Verbrauch in Litern in Elsass-Lothringen 79, Hessen 14, Rheinprovinz 8, Baden 41, Bayern 9 und in Württemberg 23.

Im Ganzen gestaltet sich auch jetzt noch der Verbrauch der alkoholischen Getränke im Deutschen Reiche in sehr ungleicher Weise. Im Osten und Nordosten (Posen, Schlesien, Ost- und Westpreussen, Pommern, Brandenburg) wird viel Branntwein und wenig Bier, im Westen und Nordwesten (Hannover, Oldenburg, Prov. Sachsen, Westfalen, Thüringen, Mecklenburg, Königr. Sachsen, Schleswig-Holstein) relativ viel Bier und auch viel Branntwein verzehrt, in einigen Bezirken (Rheinprovinz, Hessen, Elsass-Lothringen) weniger Branntwein, aber sehr viel Bier (Bayern) und auch grosse Mengen Wein (Baden, Württemberg).

Berechnet man sämmtliche alkoholische Getränke nach dem wirklichen Alkoholgehalt *(Jules Denis, Hoppe)*, so zeigt sich der Consum im Deutschen Reiche pro Kopf in folgenden Grössen:

Jahr	Bier à 4%	Wein à 10%	Spiritus-Alkohol à 100%	Alkohol in Bier à 100%	Alkohol in Wein à 100%	Im Ganzen Alkohol à 100%
1877	88·7	7·73	4·3	3·55	0·77	8·62
1880	84·6	6·57	4·3	3·38	0·66	8·34
1885	88·8	3·82	6·91	3·55	0·38	10·84
1890	105·8	7·14	4·7	4·23	0·71	9·64
1894	108·5	—	4·4	4·34	—	—
1897	123·1	6·1	4·2	4·92	0 61	c. 9·7
1899	125·0	—	—	7·5	—	c. 9·8

Es zeigt sich, dass in Deutschland der Gesammtalkoholconsum in der letzten Zeit nicht in der Zu-, sondern mehr in der Abnahme begriffen ist, dass es bei einer Vergleichung mit den anderen Ländern ungefähr die Mitte einnimmt. Es zeigt sich ferner mit Bestimmtheit, dass der Branntweinconsum auch in den eigentlichen Branntweinländern abgenommen und der Bierverbrauch eine erhebliche Steigerung erfahren hat und noch immer erfährt. Es ist anzunehmen, dass der sehr grosse Bierconsum weite Volkskreise dem gewohnheitsmässigen Branntweingenuss immer mehr entzieht, dass der noch erheblich grosse Branntweinconsum sich auf einen immer kleineren Volkstheil beschränkt, und dass die Folgen des Alkoholismus sich in diesem in einer desto grösseren Ausdehnung und Wirkung zeigen.

Der Verbrauch an Wein, Bier und Branntwein in den bedeutendsten Staaten per Kopf der Bevölkerung gestaltet sich in neuester Zeit annähernd wie nachstehend (Deutscher Reichsanzeiger 1902, 16. Mai) in Litern:

Land	Jahr	Wein	Bier	Branntwein 100%	Gesammtsumme des Alkohols in allen Getränken Volumperc.
Deutsches Reich	1899/1900	6 6	124·9	4·4	10·75
Grossbritannien	1900	1·8	144·0	2·55	10·28
Russland	1898	3·3(?)	4·0	2·46	3·04 (?)
Schweden	1899	0·4(?)	50·0	4·3	6·60
Norwegen	1899	1·0(?)	23·2	1·65	2·80
Dänemark	1899	1·2(?)	106·0	7·9	11·12
Holland	1899	1·8	34·0	4·05	6·10
Belgien	1900	4·1	219·0	4·8	15·8
Frankreich	1900	117·0	28·0	4·6	19·90
Schweiz	1899	67·0	70·0	3·05	14·24
Italien	1900	88·0	0·6	0·58	12·04
Oesterreich-Ungarn . . .	1899	15·0	46·0	5·5	9·37
Vereinigte St. Amerika .	1900	1·5	60·0	2·4	5·58

Es ist auch daran zu erinnern, dass in Deutschland 1898 nach *Bode's* Berechnung noch immer auf den Kopf und Jahr vertrunken wird 13·2 Liter Branntwein (zu 33%), 6·4 Liter Wein und 117 Liter Bier, das macht eine jährliche Ausgabe pro Kopf von 50—60 Mark, auf eine

Durchschnittsfamilie 250—300 Mark, auf das ganze Deutsche Reich ca. 3 Milliarden Mark. Dazu kommt, dass die Herstellung und der Betrieb dieser Getränke ein Fünfzehntel des deutschen Ackerlandes und ein Vierzehntel der deutschen Arbeitskraft verbraucht, und ausserdem unberechenbare Opfer an Gesundheit und Sittlichkeit, Arbeitskraft und Leben erfordert.

* * *

Nur in sehr beschränktem Umfange ist es gestattet, hier auf die Ursachen des Alkoholismus einzugehen, obschon die Darlegung derselben die wichtigste und gleichzeitig auch die interessanteste Seite der Alkoholfrage bildet. In der Werthschätzung dieser Ursachen liegt allein die rationelle und mögliche Lösung dieses hochwichtigen Problems.

Zu den Ursachen, die zur Trunksucht führen, rechnet man nicht mit Unrecht die Erblichkeit. Die Trunksucht der Eltern ruft, wie schon oben angedeutet, eine allgemeine Schwäche des Nervensystems bei den Nachkommen hervor, die unter gewissen Lebensbedingungen wieder zum missbräuchlichen Alkoholgenuss führt. Nach Prof. *Anton* verändert die stetige Alkoholwirkung das Nervenplasma derart, dass dadurch eine Degeneration der Nachkommenschaft bewirkt wird, ähnlich wie bei andern Giften (Blei, Quecksilber). (Psych. Wochenschr. 1901, Nr. 4.) Dieses endogene psychopathische Moment bildet jedoch nur in einem sehr geringen Maasse die wirkliche Ursache zur allgemeinen Volkstrunksucht, nicht viel mehr als der triebartige Zwang, der in gewissen Stadien von typischer Geistesstörung oder in der Dipsomanie zum Alkoholgenuss führt.

Die Neigung zu alkoholischen Getränken soll gewissen Rassen und Völkern mehr eigenthümlich sein als anderen. Volksstämme, die mit den Gewohnheiten der Völker moderner Cultur niemals in Berührung gekommen sind, wissen sich Reiz- und Genussmittel zu bereiten, die sie in einen Zustand von Betäubung und Berauschung versetzen. Schon in den ältesten Perioden der Menschengeschichte haben die derzeitigen Völkerschaften Kenntnisse besessen, sich aus den verschiedenartigsten Erzeugnissen des Pflanzenreiches berauschende Getränke herzustellen. Die Neigung zu den Rausch- und Betäubungsmitteln scheint dem Menschengeschlecht überall nach Art eines Instinctes eigen zu sein. Wie schnell und zu welchem Verderben finden die Rauschmittel den weitesten Eingang bei den Eingeborenen neuentdeckter Weltgegenden, so dass Maassnahmen getroffen werden müssen, um ihren Genuss bei jenen zu beschränken, um sie vor einem zu schnellen Untergang zu bewahren. Alle diese Wahrnehmungen berechtigen jedoch nicht, dieser oder jener Rasse diese Neigung als eine besondere biologische Eigenschaft zuzuschreiben. Die alkoholischen Getränke breiten sich in der Jetztzeit auch in Ländern aus, wo sie früher selten oder gar nicht gebraucht wurden, und Völkerschaften, bei denen die Mässigkeit eine angestammte Tugend war, fallen durch modernere Lebensbedingungen der Trinkgewöhnung mehr und mehr anheim.

Es wird immer mit einer fast dogmatischen Sicherheit behauptet, dass der Alkohol in kalten Klimaten nothwendig und hier einem nachweisbaren Bedürfniss entspreche. Aeltere Beobachter, wie *Falkoner*, *Montesquieu* u. a. haben die Abhängigkeit der Trinkgewohnheit von dem Klima als ein Naturgesetz anerkannt. Und *Bowditch* hat in dem sog. Kosmischen Gesetz der Unmässigkeit diese Ansicht in folgender Form

ausgedrückt: „Die Unmässigkeit ist über der ganzen Welt verbreitet, jedoch in sehr geringem Grade und sehr selten am Aequator. Die Trunksucht nimmt mit den Breitegraden zu, sie wird constant häufiger, brutaler und in ihren Wirkungen auf den Einzelnen, wie auf die Gesellschaft um so verderblicher, je mehr wir uns den nördlichen Regionen nähern." Indessen kann von einer gesetzmässigen Thatsächlichkeit hier kaum die Rede sein. Die hochnordischen Völkerstämme consumiren grosse Mengen leicht verbrennbarer Substanzen, grosse Mengen Fett, um viel Spannkraft im Organismus umzusetzen. Der Alkohol würde diesem Zwecke leicht und ausgiebig dienen, aber seine narkotisirende Wirkung macht ihn gerade in den arktischen und subarktischen Regionen zu einem schwer gefährlichen Mittel, so dass er thatsächlich dort relativ wenig consumirt wird. Allerdings wird er in den kälteren Regionen der gemässigten Zonen auch heute missbräuchlich gebraucht und auch mit scheinbar grösserer Toleranz, — aber auch hier ist er nicht nothwendig, sondern angewöhnt und entbehrlich. Und wenn auch mit den Kältegraden der Alkoholgenuss zunimmt, so beweisen doch die Erfahrungen in neuerer Zeit seine Entbehrlichkeit dadurch, dass grosse Theile der nordischen Völker sich selbst von dem althergebrachten excessiven Alkoholgenusse zu ihrem besten Gedeihen zu befreien vermocht haben (Schweden, Norwegen).

Eine der wichtigsten Ursachen für die Ausbreitung und die Zunahme der Erscheinungen des Alkoholismus bildet unzweifelhaft der Zustand der Ernährung und der gesammten Lebenslage der breiten Schichten der Bevölkerung. Dort, wo die grossen Volksmassen sich in einer physischen und moralischen Nothlage befinden, findet die Trunksucht den ergiebigsten Nährboden. Je kärglicher und schlechter die Ernährung, je mühevoller und freudenloser die Existenzbedingungen, desto grösser wird die Sucht nach dem Mittel, das über das bewusste oder unbewusste Unlustgefühl auf kurze oder längere Zeit hinweghilft und hinwegtäuscht. So sehr dieses ursächliche Verhältniss auch der Wahrheit entspricht, so darf doch keineswegs anerkannt werden, dass die Trunksucht gemeinhin immer in der sog. Verelendung der grossen Volksmassen den Grund hat. Die wirthschaftliche Lebenslage wird gar häufig nicht nur durch die Trinkgewohnheit verschlechtert, sondern direct hervorgerufen. Der gewohnheitsmässige Trunk bildet auch häufig die wirkliche Ursache und nicht die Wirkung der Nothlage.

Die wichtigste Ursache zum missbräuchlichen Alkoholgenuss bildet in allen Volksclassen die Nachahmung, jener in der menschlichen Natur liegende unbewusste Beweggrund für so viele gute und auch so viele schlechte Handlungen. Mit suggerirender Kraft wirkt die Nachahmung auf die immer zunehmende Zahl der Alkoholfreunde und der werdenden Trinkgenossen. Die angenehm empfundene Alkoholwirkung regt zu heiterer Mittheilsamkeit an und wird das gewöhnlichste und gangbarste Mittel zur Steigerung und Erweckung der geselligen Unterhaltung und Freudigkeit unter Freunden und Genossen. Mit der Gewöhnung an seine Anregung und seinen erheiternden Einfluss wird der Alkoholgebrauch jedoch häufig der Anfang zu ausschweifenden Gelagen und Trunksuchtsausbrüchen. Er wird schliesslich als Selbstzweck gepflegt und macht sich in allen Phasen der Lebensgewohnheiten als Trinksitte geltend. Das Eindringen der Trinkgewohnheit in Haus und Familie, die Verallgemeinerung des Trinkzwanges im geselligen Kreise bei Fest- und Trauergelegenheiten, im alltäglichen

Verkehr und besonders im Gast- und Wirthshaus bringt die Anschauung hervor, dass der Alkoholgenuss zu den unentbehrlichsten Lebensgewohnheiten gehört, dass er für berechtigt und nothwendig angesehen wird.

In diesen im Volksleben eingewurzelten Trinkgebräuchen und Trinkgewohnheiten findet der Kampf gegen die Trunksucht den hartnäckigsten Widersacher. Und hier ist noch an die grosse Anzahl derjenigen zu denken, welche dem Alkohol treu anhängen und blind ergeben sind, an die grosse Zahl derjenigen, deren Lebensstellung mit der Erzeugung und dem Vertriebe der alkoholischen Getränke aufs engste verbunden sind, welche in jeder Auflehnung gegen ihren Gebrauch aus gewinn- und eigensüchtigem Interesse den Angriff auf ihre Existenz, auf ihr Recht und ihren Besitzstand erblicken, und darum allen alkoholfeindlichen Bestrebungen den heftigsten Widerstand entgegensetzen. Und nicht zuletzt ist hier auch an den Staat selbst zu denken, der aus dem Consum der alkoholischen Getränke eine Einnahme zieht, die in manchen Ländern eine erschreckende Höhe erreicht und für den Staatshaushalt kaum entbehrlich scheint. Der Kampf gegen die Trunksucht scheint macht- und erfolglos, weil die Ursachen, welche sie zum grossen Theil bedingen, schwer oder gar nicht zu beseitigen sind. Aber so gut es gelingt, Seuchen und Krankheiten einzudämmen und zu verhüten, so gut es möglich ist, sittliche Schäden und Gebrechen des Gesellschaftskörpers zu vermindern, ebenso gut kann und muss es gelingen, die Trunksucht, an deren Folgeübel die Gesellschaft tief krankt, immer mehr und mehr einzuschränken und zu mildern.

* * *

In dem Kampf gegen den Alkoholismus erweisen sich, wie bei allen Volksübeln sittlicher Art, die vorbeugenden, verhütenden Maassnahmen von einem nachhaltigeren und sichereren Erfolge, als es Strafgesetze und Strafverbote vermögen. Jene haben den Vorzug, die Volksanschauungen erzieherisch aufzuklären, sie allmählich umzugestalten und die Einsicht für die Nothwendigkeit des gesetzgeberischen Einschreitens heranzubilden. Der Werkthätigkeit der Gesellschaft liegt es ob, alle Verhütungs- und Abwehrmaassnahmen, die sich gegen das Trunksuchtsübel richten, zu fördern, der Staat hingegen ist verpflichtet, diesen Kampf eindringlich und andauernd zu unterstützen.

Die Aufgaben, welche dem Staate in diesem Kampfe zufallen, beschränken sich darauf, die Bedingungen zu beseitigen, welche die Trunksucht begünstigen. Sie erstreben in erster Reihe die Verminderung des Alkoholconsums. Und wenn in erster Reihe das Hauptaugenmerk auf die Verminderung des Branntweinverzehrs gerichtet sein muss, da von diesem die augenfälligsten und meisten Schäden ausgehen, so werden bei der unmässigen Zunahme des Consums der anderen alkoholischen Getränke und besonders des Bierverbrauches auch auf diese die Maassnahmen ausgedehnt werden müssen.

Von der Einschränkung der einheimischen Spiritusproduction glaubte man einen besonderen Einfluss auf den Alkoholconsum erwarten zu können. Dies ist aber nur zu ermöglichen, wenn der Import von ausländischem Spiritus gleichzeitig einer so hohen Steuer unterworfen wird, dass der in den Consum gelangende Spiritus ungemein vertheuert wird. Von besonderem Werth hat sich die Unterdrückung der sog. Hausbrennereien er-

wiesen; sie wurde überall dort als unerlässlicher Schritt zu einer ernsten Bekämpfung der Trunksucht angesehen, wo es allen kleinen Grundbesitzern in Stadt und Land gestattet war, für den häuslichen Bedarf aus den eigenen Landesproducten Spiritus bis zu einer gewissen Menge steuerfrei herzustellen. In dem schwach bevölkerten Schweden gab es 1830 nicht weniger als 173.000 Brennereien, und der erste Schritt zur Bekämpfung der herrschenden grossen Alkoholpest war hier gethan, als es der Staatsregierung nach langen Kämpfen gelungen war, durch das Gesetz von 1855 diese kleinen Hausbrennereien zu unterdrücken. Dadurch, dass gesetzlich eine relativ hohe Fabrikatsteuer eingeführt und die Fabrication nur mittels Dampfapparaten zugelassen wurde, sank die Zahl der Brennereien schrittweise bis auf 442 im Jahre 1870. Die kleinen Hausbrennereien, die überdies ein fuselhaltiges, unreines Fabrikat produciren, sind die Hauptquellen für die Verbreitung der Trinkgewohnheiten in der allerverderblichsten Weise. Dies ist auch in der neuen Zeit in der Schweiz erkannt und ausgeführt worden. Wo diese zahlreichen Hausbrennereien noch zulässig sind, wie in Frankreich (bouilleurs du cru), in Elsass-Lothringen u. s. w., bilden sie ein gewichtiges Hinderniss zur Beseitigung der Trunksucht.

In einer extrem radicalen Weise hat man in einzelnen Staaten Nordamerikas versucht, den Alkoholismus dadurch zu bekämpfen, dass man die Herstellung und den Handel, jeden Verkauf und Ausschank von berauschenden Getränken verboten hat. Schon 1851 hat die mächtige Abstinenzpartei im Staate Maine ein Prohibitivgesetz durchgebracht, nach welchem jeder Handel mit diesen Getränken untersagt wurde mit Ausnahme derjenigen Mengen, welche zu ärztlichen und gewerblichen Zwecken gebraucht und in Apotheken sowie in eigenen staatlichen Agenturstellen verkauft werden durften. In 17 Einzelstaaten (Minnesota, Indiana, Michigan, Ohio, Maine, Rhode-Island, Kentucky, New-York, Delaware, Massachusetts etc.) war die Prohibition als Gesetz eingeführt, aber in den meisten wegen seiner Undurchführbarkeit früher oder später wieder aufgegeben worden. Jetzt besteht dieses Gesetz noch in 6 Staaten (Maine, New-Humpshire, Vermont, Jowa, Kansas, Nord-Dakota und Alaska). In vier von diesen ist es sogar in die Landesverfassung aufgenommen. Es wird angenommen, dass unter diesem Gesetze die öffentliche Trunkenheit und der Alkoholconsum erheblich abgenommen, und dass eine allgemeine Verbesserung der wirthschaftlichen Verhältnisse in den Arbeiterfamilien eingetreten sei. Das Gesetz soll in den ländlichen Districten sich mit erheblichem Erfolg bewährt haben, viel weniger jedoch in den Städten und in den stark bevölkerten Handels- und Industriecentren. Da das Gesetz nur die Production, den Import von Spiritus nicht verbietet, so ist dem Consum auf diese Weise keine radicale Schranke gesetzt. Ausserdem werden die spirituösen Getränke unter den verschiedensten Namen und Bezeichnungen als Heilmittel öffentlich und als Schmuggelwaare heimlich massenhaft verkauft und überdies vielfältig mit Farbstoffen und Fuselölen verfälscht. Auch sollen in den Städten die Staatsagenturen grosse Mengen Spirituosen verkaufen, und existiren neben den offenen Schankstellen (Hôtels, Speisehäuser, Drogenhandlungen, Apotheken) eine Menge heimlicher Schenken in Cigarren- und Confectläden, in Kellern und anderen heimlichen Gelassen. Das Gesetz wird mit und ohne Wissen der Polizeiorgane umgangen, und da die ganze Temperenzgesetzgebung eine lediglich politische Parteisache geworden ist, so

hat sie, wie angegeben wird, bei der Methode ihrer Ausführung corrumpirend und demoralisirend gewirkt, weil sie einen grossen Theil der Bevölkerung zu Bestechung, Meineid, Schmuggel und unehrlichen Handlungen zwingt und verleitet. Auch *Rowntree* und *Sherwell* (The Temperance Problem and Social Reform, London 1899) weisen nach, dass dieses System in städtischen Centren unbedingt fehlgeschlagen, während es in ländlichen Districten von Erfolgen gekrönt ist. Der beste Beweis für das Misslingen der Prohibition in den Städten zeigt sich in der Thatsache, dass nach 50 Jahren praktischer Erfahrung die Frage, ob das Gesetz mit Gewalt aufrecht zu erhalten sei oder nicht, bei den Gemeindewahlen in den wichtigsten Städten in Maine noch immer die Hauptfrage bildet. Auch in Canada haben 1898 bei dem jüngsten Plebiscit die ländlichen Districte mit grosser Majorität zu Gunsten der nationalen Prohibition gestimmt, während die Städte dem Vorschlage eine nachdrückliche Negation entgegensetzten. Das radicale Prohibitivsystem wird in grossen reichbevölkerten Staaten, wie wir schon an einer anderen Stelle ausgeführt haben, mit Anhäufungen von Massenbevölkerungen in Industrie- und Fabriksgegenden schwerlich jemand für durchführbar halten. (Liquor Legislation in the United States etc. by *E. J. Fanshawe*, London 1892. — *A. Baer,* Die Alkoholgesetze in den nordamerikanischen Staaten und ihre Erfolge. Zeitschr. für Staatswissenschaft, Bd. I, 1898.)

Die Verminderung der Zahl der Schankstellen wird als ein sehr wirksames Mittel angesehen, um die Trunksucht zu vermindern und ihre Ausbreitung zu bekämpfen. Von vielen Seiten wird dieser Maassnahme jeder Erfolg abgesprochen, weil der Trinker, wie behauptet wird, auch den Weg nach einer entfernten Schankstelle nicht scheuen wird, und weil die wenigen, aber sehr grossen Schankstellen mehr Alkohol in den Consum bringen können, als sehr viele kleine Verkaufsstellen mit einer geringeren Kundschaft. Man hat darauf hingewiesen, dass vielfach gerade in denjenigen Ländern der Alkoholismus am grössten war und zum Theil noch ist, wo die Zahl der Schankstellen am geringsten war, weil in diesen Ländern der Haustrunk sich einnistet und die schlimmsten Formen der Gewohnheitstrunksucht hervorbringt. Wir müssen zugeben, dass die Reduction der Schankstellen allein nicht imstande ist, den Alkoholismus zu beseitigen, und müssen darauf verzichten, eine eingehende Widerlegung dieser Behauptung an dieser Stelle zu versuchen; dass ihr aber eine hervorragende, hochbedeutsame Wirksamkeit zuzuschreiben ist, beweist schon die empirische Thatsache, dass in allen Culturstaaten, in denen ein ernster Kampf gegen die Trunksucht unternommen wird, das Hauptaugenmerk stets auf die Regulirung des Schankgewerbes und auf die Verminderung der Zahl der Schankstellen gerichtet ist. Diese Maassnahme hält freilich den bereits Trunksüchtigen vom Trunke nicht mehr ab, sie ist aber geeignet, viele von der Angewöhnung zum habituellen Alkoholgenuss abzuhalten. Je grösser die Zahl der Schankstellen, je stärker die Concurrenz, je versteckter der Betrieb, desto mehr wird der Eigennutz und die Gewinnsucht der vielen Schankwirthe darauf gerichtet sein, eine Kundschaft zu werben und diese mit allen Mitteln der Verführung festzuhalten. Diese Schankstellen entwöhnen den Consumenten von der Häuslichkeit und bilden die grössten Feinde des Familiensinnes und des Familienlebens. Je geringer die Zahl der Schankstellen, desto geringer der Anreiz und die Versuchung für das

immer sich von neuem bildende Heer der Trinker. Man meint von gegnerischer Seite, dass nur so viel Schankstellen da sind als Trinker, dass sie nur einem vorhandenen Bedürfniss entsprechen. Das Bedürfniss nach alkoholischen Getränken kann jedoch unbegrenzt gesteigert werden; hier richtet sich das Angebot nicht nach der Nachfrage, sondern umgekehrt das Angebot schafft sich die Nachfrage. Je grösser die Zahl der Trinkstellen, desto grösser wird der Kreis der Consumenten.

Nach sehr verschiedenem System wird der Verkauf der alkoholischen Getränke geregelt, verschieden nach den Landesverhältnissen und nach den beabsichtigten Zielen. In demjenigen Staate, in dem die Temperenzpartei einen wichtigen Factor in der Gesetzgebung bildet, die Prohibition aber nicht allgemein durchgeführt werden kann, ist es den einzelnen Gemeinden überlassen, durch Abstimmung der steuerzahlenden Bürger festzustellen, ob der Kleinhandel mit alkoholischen Getränken zulässig sein soll oder nicht. Nur wenn die Majorität der Bürger sich für die Zulässigkeit desselben ausspricht, wird eine beschränkte Anzahl von Licenzen auf eine bestimmte Zeit ertheilt. Dieses Princip des Orts-Vetos oder der Orts-Wahl (Local-Option oder Local-Veto) ist in einzelnen Staaten Nordamerikas mit sehr verschiedenem Erfolg ausgeführt worden (Pennsylvanien, Indiana, Kentucky, New-Jersey, Maryland). Die Abstimmung wird auf den Antrag einer bestimmten Wählerzahl gewöhnlich alle 2—4 Jahre oder häufiger vorgenommen. In anderen Staaten wird eine Licenz nur ertheilt, wenn das Gesuch um eine solche von der Majorität der Stimmberechtigten in dem Bezirke befürwortet ist. Dieses System hat auf dem Lande gute Erfolge gehabt; es schliesst aber keineswegs den illegalen Ausschank aus, besonders in den Städten. Nachtheilig ist jedenfalls die Wandelbarkeit des Systems, da mit dem Wechsel der Majorität der aufgehobene Handel wieder zugelassen wird und umgekehrt. In Canada hat dieses System, das nach der Temperance-Act 1878 zulässig ist, ebenfalls sich nur in ländlichen Districten, aber nicht in den Städten aufrecht erhalten.

In der neuesten Zeit ist auch in Norwegen nach dem neuen Branntwein-Ausschankgesetz (1896) dieses Princip eingeführt, und von 1895—1899 ist in 50 Städten über die Zulässigkeit der dort vorhandenen Branntwein-Ausschankgesellschaften (Samlags) abgestimmt worden, und zwar mit sehr wechselndem Erfolge. Bei den ersten alle 5 Jahre stattfindenden Abstimmungen — und hierbei haben auch Frauen das Stimmrecht vom Gesetz erhalten — haben sich 23 Städte gegen jeden Ausschank ausgesprochen, während in den späteren Wahlperioden wieder viele Ortschaften von jenen sich für den Handel erklärt haben. Nicht wenig hat dazu beigetragen, dass in den Orten, wo die Samlags verboten wurden, sich ein Handel mit sehr alkoholreichem, fuselhaltigem unreinem Getränke einstellte, das unter dem Namen „Wein" (Laddevin) feilgeboten und nicht verboten werden konnte. Der Consum dieses schlechten Getränkes soll in diesen Städten gerade ein besonders grosser geworden sein und die Ursache für die Zunahme der öffentlichen Trunkenheit gebildet haben. (1891—1894 war der durchschnittliche Import von Wein pro Jahr 2,320.300 Liter, 1896: 4,943.500 Liter und 1898: 5,876.750 Liter, d. i. eine Zunahme von 67%.)

Die Zahl der Schankstellen wird vermindert in beliebiger Zahl, wenn der Ausschank monopolisirt ist, entweder in den Händen des Staates oder in denen einzelner Gesellschaften. Das erstere sehen wir in der

neuesten Zeit in Russland, das letztere seit Jahrzehnten bereits in Schweden, Norwegen und Finnland ausgeführt.

In Russland hat von 1826—1864 das System der Branntweinverpachtung bestanden. Einzelne Gesellschaften hatten den Branntweinhandel für gewisse Bezirke vom Staate gepachtet und diese verpachteten den Kleinverkauf an weitere Hände, so dass der Handel mit Branntwein gegen eine jährliche Pacht, die die Grosspächter erhoben, zulässig war. Ausserdem wurde noch eine Branntweinsteuer, die Accise, von dem Producenten und eine Schank-Patent-(Schankgewerbe-)Steuer von den Kleinhändlern erhoben. Die Steuer wurde wiederholt erhöht, um die kolossale Einnahme für das Staatsbudget zu erzielen, und obschon die hohe Steuer den Branntwein sehr vertheuerte, nahm der Consum nicht ab. Die Zahl der Schankstellen war eine enorm grosse, ebenso die Menge des eingeschmuggelten Spiritus, die Defraudation und der heimliche Handel. Der verbrauchte Branntwein war mit giftigen Surrogaten verunreinigt, um den geringen Alkoholgehalt zu verdecken.

Schon im Jahre 1881 war seitens des Staates eine Commission eingesetzt, um Maassnahmen zur Verminderung der Trunksucht auszuarbeiten. Man hatte schon damals erkannt, dass die wichtigste Maassregel zunächst darin bestehen müsse, die Zahl der Schankstellen zu vermindern. Von einer praktischen Thätigkeit dieser Commission war jedoch niemals etwas bekannt geworden. Die vielfach erhöhte Branntweinsteuer hat die Menge des consumirten Branntweins nicht verringert, sie hat blos die Staatseinnahmen vergrössert und dazu beigetragen, das Volk mit noch schlechterem Branntwein als vorher zu vergiften. In allerneuester Zeit ist in Russland das Staats-Spiritus-Monopol eingeführt, 1894 als Versuch in vier östlichen Provinzen, von 1896 an im ganzen europäischen Russland und voraussichtlich auch bald in Sibirien. Das System will von dem Spiritushandel die grösstmöglichste Einnahme für den Staatssäckel gewinnen und gleichzeitig hygienischen sowie moralischen Zwecken dienen, die Trunksucht vermindern. Der Staat hat den Kleinhandel mit Branntwein für sich occupirt, nicht den von Bier oder Wein. Die Branntweinbrennereien stehen unter amtlicher Ueberwachung; von den Fabrikanten kauft die Regierung das gewonnene Destillat, rectificirt und verkauft es in versiegelten Flaschen durch Beamte. Die Branntweinsteuer ist um $^1/_8$ der früheren erhöht, und der Spiritus-Grosshandel in Privathänden verblieben. Dahingegen wird der Kleinhandel nur durch die Regierung betrieben in Regierungsläden und Niederlagen. In den Staatsläden ist der Verzehr an Ort und Stelle nicht gestattet. Nur in versiegelten Flaschen, auf denen der Preis und die Alkoholstärke verzeichnet sind, ist der Branntwein erhältlich; in den Gastwirthschaften 1. Classe, in den Städten und auf Eisenbahnstationen ist der Verkauf in Gläsern zulässig. Ueberall wird die Zahl der Branntweinschänken erheblich vermindert und auch die Zahl der Bierläden. Den Schankwirthen wird eine Entschädigung gewährt in den Fällen, wenn die Schankconcession als alte Schankgerechtsame auf dem Grund und Boden als Propriationsrecht ruht. — In den Schankläden soll kein Branntwein auf Borg und auf Pfand verabfolgt werden; der Branntwein selbst ist von besserer Qualität und von 40%iger (Vol. Proc.) Alkoholstärke. Dadurch, dass der Zwischenhandel ganz ausgeschlossen ist, erzielt der Staat sehr er-

hebliche Vortheile; schon bei den 4 Provinzen (Perm, Oufa, Samara und Orenburg) stieg die Einnahme 1895—1897 auf 56,237.000 Rubel gegen 37,700.000 vor dem Monopol.

Seitens des Staates sind, wie angeführt wird, sehr beträchtliche Summen ausgesetzt, um den Alkoholismus zu bekämpfen durch Aufklärung und Belehrung des Volkes, durch Unterstützung von Vereinen, welche Thee-, Speisehäuser, Bibliotheken, Unterhaltungs- und Theatervorstellungen für das Volk errichten, öffentliche Vorträge halten und Trinkerheilstätten sowie Trinkerasyle eröffnen sollen. In den Bezirken, in denen die Branntweinreform eingeführt ist, sind (1894) Mässigkeits-Curatorien ins Leben gerufen, welche diese Maassnahmen einrichten und ausführen sollen. Auch werden Privatvereine zu diesem Zweck, Mässigkeits- und Nüchternheitsvereine in ihrer Thätigkeit unterstützt und gefördert.

Ueber die Folgen dieses Monopols sind sichere Ergebnisse noch nicht anzugeben. Die allgemeine Befürchtung, dass das Monopol, welches dem Staate grosse Einnahmen verschaffen solle, sich mit der Aufgabe, den Alkoholconsum zu vermindern, nicht vereinbaren lassen könne, scheint vollkommen berechtigt. Im Jahre 1898 war das Monopol bereits in 35 Gouvernements mit 51 Millionen Einwohnern eingeführt (in diesen gab es 1318 Brennereien, 252 Destillationen, 357 Niederlagen und 17.052 Verkaufsstellen) und der Branntweinconsum soll trotzdem überall zugenommen haben; es wurden pro Kopf der Bevölkerung in diesen Gouvernements ca. 6·5 Liter Branntwein consumirt, nur war die augenfällige Trunkenheit seltener geworden. Auch in der neuesten Zeit wird versichert *(Borodin)*, dass der Branntweinverbrauch nicht abgenommen, dass die Trunksucht aus der Schänke in die Familie getrieben sei. Man weiss, wie in Russland gut gemeinte Maassnahmen von dem Heere der Aufsichtsbeamten ausgeführt werden, und dann werden jene Palliativmittel das russische Volk nicht von der demoralisirenden Trunksucht befreien, so lange der Hauptgrund zu dieser noch vorhanden ist und das ist „die entsetzliche Unwissenheit des Volkes, der niedere Stand seines sittlichen Bewusstseins, die zur Verzweiflung treibende Beamtencorruption und der unerträgliche Steuerdruck, der auf ihm lastet".

Ein Monopol ähnlicher Art besteht seit 1892 in einigen Staaten Nordamerikas (Nord- und Süd-Carolina, Georgia und Alabama). Der Staat lässt durch eine Commission Spiritus ankaufen und ihn rein und unverfälscht in versiegelten Gebinden von $^1/_2$ Pint an bis 5 Gallonen durch Localagenten verkaufen. Diese müssen genau nachweisen, an wen und wieviel sie verkauft haben. Von 613 Verkaufsstellen im Jahre 1892 sind in Charleston 1898 nur noch 92 geblieben. Es sollen jedoch viele heimliche Schankstellen vorhanden sein. In den einzelnen Verkaufsstellen darf an Ort und Stelle Nichts consumirt werden; der Verkauf findet nur von Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang statt. Eine Agentur kann nur durch Zustimmung der Gemeindewahlen zugelassen werden. Die Zahl der Schankstellen hat erheblich abgenommen, ebenso die Zahl der wegen öffentlicher Trunkenheit Arretirten. Dieses strenge Monopol (Dispensary-System) wird in grösseren Staaten kaum durchführbar sein, und sind die Erfolge desselben überhaupt sehr zweifelhaft.

Ein anderes Monopolsystem ist in der Schweiz seit dem 27. Mai 1887 in Kraft. Das Alkoholgesetz von 1885 lässt die Fabrication und den Im-

port von Spiritus allein dem Bunde zu, nur der Import von Qualitätsspirituosen steht gegen eine Monopolgebühr den Privaten frei. Der Bund sorgt für das Vorhandensein des zum Consum nothwendigen Spiritus theils durch Inlandsproduction ($^1/_4$) und dann durch Import ($^3/_4$) von ausländischem Product und überlässt den genügend gereinigten Spiritus zu Trinkzwecken in Mengen von 150 Litern an Wiederverkäufer mit einem Verkaufsgewinn gegen Barzahlung. Das Hausieren mit Branntwein, der Kleinhandel mit diesem in den Brennereien, sowie der Ausschank in den gewöhnlichen Geschäften ist verboten; die Monopolverwaltung unterwirft allen zum Consum bestimmten Spiritus einer Rectification bis höchstens $1{\cdot}5\,^0/_{00}$ der alkoholischen Verunreinigungen. Das Alkoholgesetz (Art. 31 der Bundesverfassung) überlässt den einzelnen Cantonen die Regelung des Wirthschaftsgewerbes und die Beaufsichtigung desselben; der grösste Theil der Cantone legt der Concessionsertheilung die Bedürfnissfrage zu Grunde, und wird die Wirthschaftslicenz in den meisten derselben einer erhöhten Steuer unterworfen. Mit der Vertheuerung des Branntweins sollte eine Verbilligung der gegohrenen Getränke einhergehen dadurch, dass die cantonale Besteuerung derselben, die sogenannten Ohmgelder, aufgehoben und der Grosshandel bis zum Minimum von 2 Litern ganz frei gegeben wurde. Der Branntweinconsum selbst ist durch das Monopol allerdings nur in einem geringen Maasse vermindert; er bewegt sich innerhalb der letzten Jahre in derselben Grenze zwischen 5·77—5·03 (1892—1899). Die Alkoholverwaltung nimmt 6—$6^1/_2$ Liter 50gradigen Alkohols pro Kopf als das Durchschnittsquantum an. Das Monopol hat günstig gewirkt dadurch, dass es die grosse Zahl der kleinen Brennereien mit ihrer unberechenbaren Ueberschwemmung des Landes mit schlechtem, unreinem Branntwein beseitigt und den Consum auf eine gleichbleibende Stufe reducirt hat. „Man wollte, meint *Millict*, der Director der schweizerischen Alkoholverwaltung, vor 15 Jahren vor allem den Branntweinverbrauch durch Förderung des Verbrauches gegohrener Getränke einschränken. Dieses Ziel ist über alles Erwarten hinaus erreicht worden.“ Recht günstig wirkt die Gesetzesbestimmung, dass $^1/_{10}$ des Monopolgewinnes zur Bekämpfung des Alkoholismus in seinen Ursachen und Wirkungen verausgabt werden soll. In den 9 Jahren (1887/98) belief sich diese Summe jährlich auf 450.000 Francs; von dieser wurden neben Ausgaben für Trinkerheilung und für Förderung der Mässigkeit auch solche für Volkswohnungen, für Corrections-, Kranken-, Irrenanstalten und für gemeinnützige Zwecke bestritten. Von 1889 bis inclusive 1900 wurden 5,954.364 Francs auf solche Weise verwendet. Vom Alkoholzehntel des Jahres 1900 haben die Cantone zur Bekämpfung der Trunksucht 762.552 Francs verausgabt. Zürich verwendete 1900 den Alkoholzehntel im Betrage von 76.269·77 Francs zur Besserung der Jugend, zur Fürsorge für schwachsinnige und epileptische Kranke, zur Versorgung armer Schulkinder mit kräftiger Nahrung und für Unterstützung der Feriencolonien, zur Belehrung des Volkes über die verheerenden Wirkungen des Alkohols und zur Gründung und Unterstützung von Trinkerheilanstalten, Mässigkeitsvereinen, für Zwangs- und Besserungsanstalten, Naturalverpflegung armer Durchreisender. Die anderen Cantone trafen analoge Verwendungen. Von vielen Seiten wird besonders darüber geklagt, dass durch die steuerfreie Zulassung der Getränke im Handel bis zu 2 Liter der Consum der-

selben ungemein begünstigt wird und ebenso die Zufuhr ausländischer Getränke durch Verkehrserleichterung, so dass jetzt weniger Branntwein, aber unverhältnissmässig mehr Bier-, Wein- und Obstwein-Alkoholisten in der Schweiz vorhanden sind.

Auf ganz anderen Grundsätzen hat sich zuerst in Schweden und später in Norwegen ein Monopol entwickelt, das nach dem Ort seiner ersten Anwendung das Gothenburg'sche System genannt wird. Hier erkannte man in der Gemeindeverwaltung, dass die grosse Zahl der Schankstellen den allergrössten Antheil an der Verbreitung der Trunksucht habe und viel Elend und Nothstand unter der Bevölkerung verbreite. Um diesem Uebel abzuhelfen, bildete sich 1865 eine Gesellschaft aus angesehenen und edelgesinnten Bürgern zu dem Zweck, die neuen Schankgerechtsame, die alle 3 Jahre von den Behörden neu vergeben, resp. verpachtet werden, sowie auch alte Gerechtsame an sich zu bringen, den Verkauf des Branntweins zu regeln, und zwar derart, dass der Gewinn aus diesem Handel nach Abzug von 5% für das Gesellschaftscapital zum grössten Theil der Gemeindecasse überwiesen und zu einem Theil zu gemeinnützigen Zwecken verwendet werden soll. Diese Ausschankgesellschaft *(Bolag)*, die von der Gesetzgebung gern gefördert worden, hat bis 1868 nach und nach sämmtliche Schankstellen an sich gebracht: sie liess viele von diesen ganz eingehen, und hatte schon 1885 bei einer Bevölkerung von 83.000 Einwohnern nur 19 in Betrieb. In gesunden, reinlichen Localen wird nur gut gereinigter Branntwein verkauft; hier ist die Verkaufszeit stark beschränkt und wird nicht auf Borg, nicht an Personen unter 18 Jahren verkauft; hier wird von den Geschäftsverwaltern, die mit festem Gehalt angestellt sind, mit grossem Interesse der Verzehr von Kaffee, Thee, Bier, Mineralwasser angestrebt, weil sie nur von diesen einen Gewinnantheil erhalten. Die Verkaufsräume sind gleichzeitig Speisewirthschaften und in ihnen sind Leseräume mit reichem Vorrath von Zeitschriften und Büchern angebracht. So ist es gekommen, dass in Gothenburg auf 2798 Einwohner 1 Schankwirthschaft kommt, dass von 1875 bis 1899 der Verbrauch pro Kopf von 12·99 Liter auf 5·95 sank, d. i. um 54%. In derselben Zeit hat allerdings der Bierconsum von 17·2 auf 45 Liter pro Kopf zugenommen und diesem Umstande soll eine Steigerung der Arretirungen wegen öffentlicher Trunkenheit von 39‰ auf 58‰ der Einwohner in 1879—1888 zu Grunde liegen. Der Gewinnantheil, der in Gothenburg an die Gemeinde gezahlt wurde, betrug 1897 73.980 Mark *(Wieselgren)*. Die Vorzüge dieses Systems waren so glänzende, dass es 1896 in 92 Städten Schwedens mit einer Einwohnerzahl von 1,006.666 eingeführt war, und dass in ganz Schweden der Branntwein 1861/65 durchschnittlich von 10·6 Liter (50%) 1897 auf 7·5 Liter gesunken war.

Dasselbe Princip des Gesellschafts-Ausschankmonopols ist unter geringer Modification auch in Norwegen eingeführt. In Norwegen sind 1896 bereits 40 solche Gesellschaften (Samlag) in allen grösseren Städten thätig gewesen, und hier zeigte sich eine Abnahme des Branntweinconsums von 5·3 Liter (50%) auf 2·6 Liter pro Kopf der Einwohner von 1871 bis 1898 bei einer Steigerung von 12·3 Liter Bier auf 21·6 Liter in derselben Zeit. Im Jahre 1896 haben diese Gesellschaften einen Nettogewinn von 1,281.640 Mark erzielt und an die Gemeinden wurden 617.760 Mark abgeliefert. Die grosse Abstinenzpartei in Norwegen wollte

1894 die Zahl der Schankstellen durch ein Local-Optiongesetz noch mehr reduciren. Der Ausfall dieser Abstimmung war jedoch, wie schon oben angeführt, in neuester Zeit diesem Bestreben nicht günstig; in vielen Städten, die früher für die Prohibition stimmten, wurde diese jetzt aufgegeben. Dass bei diesem Ausschankmonopol der Kampf allein gegen den Branntwein gerichtet ist, zeigte sich insofern als ein grosser Fehler, als auch hier wie in Schweden in letzter Zeit ein Kunstproduct von Branntwein und Wein stark in Consum kommt und vielen Schaden anstiftet.

Dem System ist von vielen Seiten der Vorwurf gemacht, dass der grosse Gewinnantheil, der der Commune zufällt, an vielen Stellen ein grosses Interesse am Branntweinconsum unterhält, und dadurch der Verminderung des Branntweinconsums Widerstand geleistet wird. Das Gesetz von 1894 hat in Norwegen schon eine Aenderung der Vertheilung des Gewinnes herbeigeführt, und sicher wird demnächst das Monopolprincip sich auch auf den Bier- und Wein-Kleinhandel ausdehnen. Nirgends hat ein System soviel dazu beigetragen, die Trunksucht zu bekämpfen, als in den skandinavischen Ländern, und wenn auch der grossen Ausdehnung der Abstinenz- und Mässigkeitsvereine (in Norwegen gibt es allein 853 solcher Vereine mit 100.000 Mitgliedern) ein gut Theil des grossartigen Erfolges zugeschrieben werden muss, so muss doch das Princip, das dem Monopol zu Grunde liegt, als der wirksamste Factor angesehen werden. „Das Gesammtresultat muss als ein überaus günstiges angesehen werden," meint eine gewichtige Stimme aus Norwegen, „ein Volk, welches vor 100 Jahren als ein versoffenes Volk galt, gewinnt jetzt den Ruf, eines der nüchternsten Völker der Erde zu sein. Und eine grossartige materielle und geistige Hebung hat mit dieser Ernüchterung Schritt gehalten." (*Bergmann*, VIII. internat. Congress, Wien.)

Das Princip, das dem skandinavischen (Gothenburger) System zu Grunde liegt, ist ein ungemein glückliches, einfaches und nachahmenswerthes. Es bietet den grossen Vortheil, dass es in mannigfacher Weise abgeändert, den localen, sowie den socialökonomischen Verhältnissen angepasst zur Anwendung gelangen kann. Die grosse Bewegung, welche in neuester Zeit in England für die sogenannte Gastwirthsreform vor sich geht (von Lord *Grey* ausgehend) und auch in Deutschland (*Dr. Bode, Eggers* und *v. Diergardt*) Anklang findet, beruht ganz auf der Basis jenes erprobten Systems. Es ist unzweifelhaft die geeignetste Maassnahme, die einen nachhaltigen Erfolg verspricht.

In denjenigen Staaten, in welchen in der übergrossen Anzahl von Schankstellen die Hauptquelle für die Ausbreitung und Erhaltung der Trunksucht gesehen und in denen eine Monopolisirung des Getränkehandels nicht für zulässig erachtet wird, hat man die Zahl jener dadurch einzuschränken gesucht, dass eine hohe Besteuerung der Schanklicenz (High Licence) eingeführt wurde oder auch dadurch, dass die Schankerlaubniss immer nach einem bestimmten Verhältniss zur Zahl der Einwohner eines Bezirkes oder einer Gemeinde gewährt werden dürfte (Limitation).

Die hohe Besteuerung der Schanklicenz war namentlich in einzelnen Staaten Amerikas vielfach in Anwendung gekommen (Massachusetts, Pennsylvania, Minnesota, Missouri, Nebraska und New-York). Je nach der Grösse der Stadt und je nach der Lage der Schankstelle in dieser war die Besteuerung in verschiedene Classen getheilt von 75 bis

500 Dollars, in grösseren Städten sogar bis zu 2000 Dollars pro Jahr. Man rühmt diesem System nach, dass es den Getränkehandel auf eine geringe Anzahl von Ausschankstellen concentrire, dass eine sehr grosse Anzahl kleiner und schlechter Locale, die wirklichen Höhlen des Lasters und des Verbrechens, eingehen, dass es eine strenge Ueberwachung der Schanklocale leicht ermöglicht, und in den licenzirten Schanklocalen bessere hygienische Maassnahmen, grössere Ordnung und Sauberkeit gewährleistet, und endlich dass die Schankwirthe wegen ihrer geringen Anzahl eine viel geringere Macht in der Gemeinde- und Staatspolitik bilden, als bei einer grossen Anzahl dieser Schankstellen. Allerdings hat sich vielfach gezeigt, dass der geheime Ausschank unter Anwendung der verschiedensten unsittlichen Mittel bei dieser hohen Licenzsteuer blüht, so dass eine Verminderung der Trunksucht durch dieses System nicht erzielt würde. Nach zuverlässigem Urtheil soll jedoch diese Wirkung davon abhängen, wie die Reduction der Schankstellen ausgeführt wird, ob sie in langsamem Tempo oder plötzlich schnell vor sich geht — und ganz besonders davon, wie es überwacht und ausgeführt wird. Im allgemeinen ist man darin einig, dass dieses System ausserordentlich viele Vortheile bietet und sich wohl eignet, unter gewissen Umständen die Trunksucht erheblich zu vermindern. Dieses ist besonders der Fall, wenn die hohe Schanksteuer mit der Festsetzung der Zahl der Schankstellen in einem limitirten Verhältniss zur Zahl der Einwohner combinirt wird, wie dieses in einzelnen Staaten ausgeführt wird.

Dieses letztere Princip ist für sich allein zur Grundlage des vielgenannten Niederländischen Schankgesetzes gemacht worden. Nach dem Gesetz von 1881 war der Kleinverkauf von spirituösen Getränken nur nach einer Erlaubniss der Behörde des Ortes, in dem der Schankbetrieb ausgeübt werden soll, gestattet. Diese dürfte aber nicht gewährt werden, wenn eine bestimmte Anzahl von Schanklocalen überschritten wird, und zwar sollte in Gemeinden von mehr als 50.000 Einwohnern 1 Schankstelle auf 500 Einwohner kommen, in Ortschaften von 20.000—50.000 Einwohnern 1 Schankstelle auf 300, und in den übrigen 1 auf 250 Einwohner. Die Schanklicenz wird nur auf 1 Jahr ertheilt und gegen eine Abgabe von 5—12 fl. für jede 50 fl. Miethe. Von den im Jahre 1881 in den Niederlanden vorhanden gewesenen 43.000 Branntweinverkaufsstellen hätten an 30.000 unterdrückt werden müssen, wenn das Gesetz nach seinem Wortlaut sofort ausgeführt wurde. Es wurden deshalb für die bereits vorhandenen Betriebe viele Erleichterungen in grösseren Uebergangszeiten vorgesehen und neue Concessionen über die Maximalzahl hinaus nur in sehr erschwerender Weise zugelassen. Das Gesetz hatte strenge Maassnahmen für den Wirth vorgesehen (Verbot, Getränke an Angetrunkene und Minderjährige zu geben, Verbot gegen den unerlaubten Handel, gegen Trunksucht auf öffentlicher Strasse u. s. w.). Die Zahl der Schankstätten war auch in den ersten Jahren beträchtlich gesunken von 43.000 im Jahre 1881 auf 27.975 im Jahre 1885 und auf 24.000 im Jahre 1899. Allein die Hoffnung, dass das fixirte Minimum bis 1902 eingetreten sein würde, hat sich durch die vielen zulässig gewordenen Ausnahmen und, wie es scheint, durch eine wenig strenge Handhabung des Gesetzes nicht erfüllt. Und was die Abnahme der Trunksucht anbetrifft, so ist thatsächlich nur das erreicht worden, dass der Branntweinconsum in den ersten Jahren eine geringe Abnahme erfahren hat (1880

pro Kopf 9·87 Liter à 50%, 1887: 9·01 Liter, 1899: 8·5 Liter) und später in diesem Maasse gleich geblieben ist.

In Deutschland ist der Kleinhandel mit Branntwein nur gegen eine von der Behörde (von der Polizeiverwaltung in Uebereinstimmung mit der Gemeindeverwaltung) ertheilte Erlaubniss, die auf unbeschränkte Zeit ertheilt wird, abhängig, und zwar muss der Schankwirth hinsichtlich seiner sittlichen Qualität, sowie das Local, in welchem der Schankbetrieb ausgeführt werden soll, hinsichtlich der hygienischen Beschaffenheit gewissen Ansprüchen genügen, und endlich muss ein Bedürfniss nach der neuen Schankstelle vorhanden sein. Leider gibt das Gesetz keinen sicheren und genauen Maassstab an, nach welchem die Bedürfnissfrage geprüft werden kann und soll, so dass die Beurtheilung des Bedürfnisses nicht selten sehr ungleichmässig und nach subjectiver Anschauung sehr verschiedenartig bemessen wird. Indessen hat, wie sich thatsächlich nachweisen lässt, auch bei diesem System der Schankconcessionirung in den einzelnen Staaten Deutschlands die Zahl der Schankstellen eine sichtliche Reduction und nirgends eine sonderliche Steigerung erfahren.

Man hat von vielen Seiten, wie schon oben erwähnt worden ist, behauptet, dass die Zu- und Abnahme der Trunksucht, resp. des Alkoholconsums in gar keinem ersichtlichen Zusammenhange mit der Anzahl der Schankstellen stehen, weil sich erweisen lässt, dass die Folgen des Alkoholismus in Ländern mit einer geringen Anzahl von Schankstellen erheblich grösser seien, als in Ländern mit einer übergrossen Zahl von Schankstellen. Dieser Parallelismus zwischen Alkoholconsum, zwischen den Folgen des Alkoholismus und der Zahl der Schankstellen ist auch niemals behauptet worden; ein solcher wird sich auch niemals constant erweisen lassen, weil die Trunksucht von vielen Factoren verursacht wird und nicht allein von der Zahl der Schankstellen. Nur das darf und kann behauptet werden, dass mit der Zahl der Schankstellen die Gelegenheit und die Versuchung zum Alkoholconsum gegeben ist, und dass das abnorme Anwachsen jener eine ergiebige und verderbliche Quelle für die Ausbreitung der Trunksucht bildet. In Ländern, in denen das Schankgewerbe freigegeben oder sehr leicht zugänglich war, wie z. B. in Frankreich und in Belgien, ist die Zahl der Schankstellen derartig angewachsen, dass jede Maassnahme gegen die überhand nehmende immense Trunksucht erfolglos bleibt. In Frankreich ist nach Aufhebung des Schankgewerbegesetzes vom 29. December 1851 im Jahre 1880 die Zahl der Schankstellen von 356.000 auf 422.000 im Jahre 1892 gestiegen. Nach *Franck* gibt es jetzt in Frankreich 533.272 Gasthöfe, Speise- und Wirthshäuser, ausserdem verkaufen 300.000 Händler Wein und Branntwein. Nach *Lucien Mayet* gab es in Frankreich Schankstellen 1855: 291.244, 1880: 356.863, 1899: 435.628; auf 1 Schankstelle kamen Einwohner 1875: 109, 1895: 88; der Alkoholconsum betrug in Litern (à 100%) 1830: 1·12, 1870: 2·32, 1880: 3·64, 1899: 4·59. — In Belgien ist die Zahl der Schankstellen bei der vollständigen Gewerbefreiheit von 53.093 im Jahre 1850 auf 140.000 im Jahre 1886 (1 Schankstelle auf 44 Personen) gestiegen und jetzt gibt es fast 200.000, von denen 129.000 nur Branntwein feilbieten. In Belgien will man in neuerer Zeit zum entgegengesetzten System, zum Staatsmonopol, übergehen. In anderen Staaten, wie in Bremen, hat man die Schankgewerbefreiheit in neuester Zeit wieder aufheben müssen.

„Die Verminderung der Zahl der Verkaufsstellen von Branntwein", haben wir an einer anderen Stelle ausgeführt, „ist mit der gleichzeitigen hohen Besteuerung das wirksamste Mittel, welches der Staat zur Niederhaltung und Beseitigung der Trunksucht anwenden kann." Es verdient hervorgehoben zu werden, dass gerade in denjenigen Ländern, in denen die gewerbliche und politische Freiheit am höchsten geschätzt wird, die strengsten Maassnahmen gegen den Branntwein-Kleinhandel in Anwendung sind. Wir müssen jedoch nach den Erfahrungen der letzten Jahrzehnte hinzufügen, dass die Reduction der Zahl der Branntweinverkaufsstellen allein für die Abnahme der Trunksucht und ihrer Folgen keine Gewähr bieten kann, wenn der Verkauf von Bier und Wein im Kleinhandel keiner merklichen Beschränkung unterworfen, vielmehr gern gesehen und begünstigt wird. Nicht nur, dass neben dem Bier und Wein in jedem Schanklocale meist auch Spirituosen mit und ohne Erlaubniss verabfolgt werden, es sind insbesondere die jetzigen modernen Bierarten geeignet, dieselben schweren Folgen des Alkoholismus zu erzeugen wie der Branntwein.

Je grösser die Alkoholproduction und je billiger der in den Verzehr gelangende Trinkbranntwein wird, desto grösser wird zweifellos der Verbrauch desselben und in unausbleiblicher Folge auch der Trunksuchtsschaden. Die hohe Besteuerung des Branntweins kann aus diesem Grunde sich erheblich wirksam erweisen, um den Alkoholismus zu vermindern. Vielfach ist diese Maassnahme jedoch ohne jeden Erfolg in Anwendung gekommen. Sie hat sich stets ohne Wirkung erwiesen, wenn sie nur zu fiskalischen Zwecken zur Ausführung kommt, d. h. um dem Staat grössere Steuermittel einzubringen, ohne dass gleichzeitig andere Maassnahmen zur Verminderung der Trunksucht unternommen wurden. Sehr hohe Branntweinsteuern vermögen, wie sich das vielfach gezeigt hat, das Gegentheil herbeizuführen, weil sie zur Schmuggelei, zum Betruge, zu heimlichen Manipulationen verleiten und zu schwerer Demoralisirung führen. Geringe Erhöhungen der Branntweinsteuer werden wiederum den Consum nicht vermindern, weil die Preissteigerung zu gering, und im Kleinhandel auf künstliche Weise (Verminderung des Alkoholgehalts, Zusätze allerlei fremder scharfer Stoffe) für den Consumenten unfühlbar gemacht wird. Dass eine den Verhältnissen eines Landes wohl angepasste Steuererhöhung den Alkoholconsum und den Alkoholismus zu reduciren vermag, beweist die im Deutschen Reiche mit dem neuen Branntweinsteuergesetz 1887 eingetretene Erhöhung des Trinkbranntweinpreises. Der Consum des Trinkbranntweins hat sich um mindestens $^1/_3$ vermindert; von 6·91 Liter à 100% pro Kopf ist er allmählich zurückgegangen, um in den letzten Jahren auf 4·5 fast constant zu bleiben. Mit dieser Abnahme des Branntweinconsums sind nach officiellen Ermittelungen auch die Erscheinungen des Alkoholismus zurückgegangen.

Mit der Erhöhung der Branntweinsteuer muss, wie allgemein verlangt wird, gleichzeitig eine Verminderung der Steuer auf unschädliche Genussmittel einhergehen, welche den breiten Volksschichten als billiges und gesundes Anregungs- und Ersatzmittel dienen können. Hierher gehört eine Steuerverminderung oder Steueraufhebung auf Thee, Kaffee, Chocolade, Cacao etc. Als ein vorzügliches Mittel im Kampfe gegen die Trunksucht hat sich nach der Erfahrung aus früherer Zeit das Bier erwiesen,

und zu diesem Zwecke hat man allgemein eine sehr geringe Besteuerung desselben verlangt, event. sogar die volle Steuerfreiheit für dasselbe. Indessen kann diese Forderung nur für die ganz leichten, obergährigen, für die zum sogenannten Haustrunk gebrauten Bierarten, für Biere, welche höchstens einen Alkoholgehalt von 1·5—2·0% aufweisen, gelten. Die in neuerer Zeit in excessiv missbräuchlicher Weise consumirten alkoholreichen Biersorten sind nicht minder gesundheitsschädlich und der öffentlichen Wohlfahrt nachtheilig, als der Branntwein.

Bei der gesetzlichen Regelung des Kleinhandels muss der Staat verlangen, dass der Schank- und Gastwirth keinen anderen als reinen, von Fuselöl und sonstigen gesundheitsschädlichen Stoffen freien Branntwein verabreichen darf. Wenn auch in den berauschenden Getränken der reine Aethylalkohol das unbedingt schädliche und giftige Princip ist und wenn auch jeder noch so reine Branntwein, in missbräuchlicher Menge genossen, die Intoxication verursacht, so glauben wir mit vielen anderen doch, dass der mit Fuselbestandtheilen verunreinigte Branntwein die Schäden des Alkoholismus in- und extensiv fördert. In den neuesten Schankgesetzgebungen vieler Länder wird die Reinheit des Trinkbranntweins gesetzlich gewährleistet.

Dem Schankwirth muss aus eminent prophylaktischen Gründen unter Strafandrohung verboten sein, einer angetrunkenen Person alkoholische Getränke zu verabfolgen, und auch nicht an jugendliche Personen unter 16 Jahren zum Genuss an Ort und Stelle, sowie auch nicht an Kinder, welche für andere Personen solche zu holen beauftragt sind. Der Schankwirth soll geistige Getränke und insbesondere Branntwein nicht ausserhalb einer festgesetzten Zeit (Polizeistunde) verabreichen. Auch muss es ihm verboten sein, geistige Getränke zum Genuss an Ort und Stelle, von Nothfällen abgesehen, auf Borg zu verabfolgen. Zechschulden dieser Art sollten, wie schon der Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Bekämpfung der Trunksucht vom 15. Februar 1892 ausdrücklich verlangt hat, weder eingeklagt, noch in sonstiger Weise geltend gemacht werden können.

* * *

Die Bestrafung der öffentlichen Trunkenheit wird von vielen Seiten als ein unentbehrliches Mittel angesehen, das der Staat im Kampfe gegen die Trunksucht in Anwendung bringen muss. Der Trunkene ist im Zustande der Trunkenheit sich und anderen gefährlich; die Herbeiführung eines solchen verschuldeten Zustandes muss im Interesse der öffentlichen Sicherheit verboten werden. Die öffentliche Trunkenheit ist eine Beleidigung des allgemeinen Sittlichkeitsgefühles, und aus diesem Grunde muss sie als eine strafwürdige Handlung bezeichnet werden. Freilich haben ältere und neuere Gesetzesbestimmungen dieser Art gar keinen oder nur einen sehr geringen Einfluss auf die Abnahme der Trunksucht ausgeübt, so insbesondere das bekannte Gesetz vom 3. Januar 1873 in Frankreich, das von 1881 in den Niederlanden, von 1887 in Belgien etc. Indessen ist ein solches wohl geeignet, sich überall wirksam zu erweisen, wo der Trunksucht mit strengem Ernst entgegengetreten, und wo es mit gleicher Strenge, nicht allein gegen den Branntweintrinker, energisch durchgeführt wird. Die Bestrafung der öffentlichen Trunkenheit ist im Kampfe gegen die

Trunksucht unerlässlich nothwendig, damit dieser der Makel der unsittlichen Handlung anhafte, damit sie von dem Gesetz als solche gebrandmarkt werde.

Die im Zustande der Trunkenheit begangene verbrecherische Handlung wird je nach dem Grade der ersteren vom Strafrichter verschieden beurtheilt und geahndet. Aber auch das in sinnloser Trunkenheit verübte Verbrechen, bei welcher die freie Willensbestimmung des Thäters ausgeschlossen werden muss, darf nicht ganz straffrei ausgehen. Ist die Handlung auch nicht als eine vorsätzliche anzusehen, so hat der Thäter sich doch dadurch, dass er sich in diesen Zustand versetzt hat, der öffentlichen Rechtsordnung gefährlich und aus diesem Grunde strafwürdig erwiesen. Als erschwerendes Moment muss noch in Betracht gezogen werden, wenn die Trunkenheit als eine häufig wiederkehrende oder gar als gewohnheitsmässige sich erweist. Die Bestrafung selbst soll, wie es auch in dem deutschen Gesetzentwurf von 1881 normirt war, eine Milderung darin erfahren, dass der Thäter nicht in einem für gewöhnliche Verbrecher bestimmten Strafort, sondern in einer zur Heilung oder Verwahrung von Trunksüchtigen eigens eingerichteten und bestimmten Anstalt die Strafzeit verbüsst. Auch in den anderen Fällen von im Zustande gelegentlicher Trunkenheit begangener Strafthaten, bei denen eine geminderte Zurechnungsfähigkeit und eine Strafmilderung eintritt, sollte im Anschluss an die gewöhnliche Strafverbüssung eine Verbringung in eine solche Specialanstalt stattfinden.

Wir sind uns der grossen Schwierigkeit der strafrechtlichen Auffassung und Beurtheilung dieser Frage wohl bewusst und wissen, wie vielfach dieselbe discutirt und wie verschieden sie von autoritativen Criminalisten beurtheilt wird. Wir glauben, dass dem allgemeinen Rechtsbewusstsein gebührend Rechnung getragen werden muss dahin, dass strafrechtlich die Trunkenheit nicht als ein Grund angesehen werde, welcher die Strafe für ein begangenes Verbrechen ausschliesst; — wir verlangen in allen Fällen eine Bestrafung des Uebelthäters, und zwar für das Delict der Trunkenheit. Wir wünschen jedoch eine Strafmilderung in diesen Fällen dahin, dass durch die Strafverbüssung in besonderen Anstalten eine Heilung des Bestraften erstrebt und erreicht werde.

* * *

Die Schaffung von Anstalten für die Unterbringung und Heilung von Trinkern wird aber nicht allein zur Bestrafung crimineller Trinker, sondern in einem viel höheren Grade nothwendig als eine gemeinnützige und socialwohlthätige Einrichtung. Unter den Gewohnheitstrinkern gibt es bekanntlich eine grosse Anzahl, welche durch den Alkohol selbst oder durch eine andere Ursache effectiv geisteskrank gewesen oder geworden sind und in einer Irrenanstalt untergebracht werden müssen. Viel grösser aber ist die Zahl derjenigen Trinker, die nicht geisteskrank, aber durch den lang fortgesetzten Alkoholmissbrauch von dem Drang zum Trunk derartig beherrscht werden, dass sie in einen Zustand von Willens- und Intelligenzschwäche, von Gemüthsstumpfheit und Rohheit, von Gleichgiltigkeit und Rücksichtslosigkeit gegen Familie, Anstand und Sitte gerathen, dass sie sich und der Gesellschaft zur Last fallen, thatsächlich gemeinschädlich und gemeingefährlich werden. Diese Trinker ruiniren

ihre materielle und moralische Existenz, sie entziehen sich allen Pflichten gegenüber der Familie, der Gemeinde und dem Staate. Hat nicht der Staat das Recht und die Aufgabe, die schutzlose Frau und die unmündigen Kinder vor den Misshandlungen des trunksüchtigen Gatten oder Vaters, vor dem materiellen Verfall zu schützen? Soll dem Trinker die Freiheit seines unglückseligen Gebahrens so lange gewahrt bleiben, bis er ein Verbrechen begangen oder irrsinnig geworden, bis er nach einer Gefangen- oder Irrenanstalt gebracht wird?

Diesem schweren Uebelstande kann nur abgeholfen werden durch die zwangsweise Unterbringung des Trinkers in eigens eingerichteten Anstalten, in denen nach einem genügenden Aufenthalt (9—12 Monate), bei einer geeigneten Disciplin, bei einer entsprechenden medicamentösen und diätetischen Behandlung, bei voller Enthaltsamkeit und geeigneter Beschäftigung die Heilung ermöglicht werden kann. Schon jetzt kann der Säufer (§ 361, Abs. 5 D. St. G. B.), „wenn er sich dem Trunke solchergestalt ergibt, dass er in einen Zustand geräth, in welchem zu seinem Unterhalt oder zum Unterhalten derjenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, durch Vermittlung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muss", mit Haft bestraft und nachher einem Arbeitshaus überwiesen werden mit der Befugniss, ihn zu seiner Bestrafung und Besserung bis zu zwei Jahren dort zu behalten und zu gemeinnützigen Arbeiten zu verwenden. Die Verbringung in ein Arbeitshaus geschieht jedoch immer viel zu spät, sie kann erst bei der äussersten Verarmung und Verwahrlosung eintreten, und die Verwahrung in Gemeinschaft mit Verbrechern, Vagabunden und Bettlern kann den Trinker wahrlich nicht von seiner krankhaft gewordenen Neigung heilen.

Eine Besserung und Heilung des Trinkers ist nach Uebereinstimmung aller Sachverständigen und nach der Erfahrung der letzten Jahrzehnte nur in eigenen Anstalten, in sogenannten Trinker-Sanatorien, in Anstalten für Alkoholkranke zu erreichen.

Anstalten dieser Art sind vom Staat und Gemeinde zuerst in einzelnen Staaten von Amerika errichtet worden (Washington Home of Boston 1857, New-York State Inebriate Asylum 1867, Chicago-Washington Home und viele andere in den Einzelstaaten). Der Eintritt in diese Anstalten ist dort ein freiwilliger oder ein zwangsweiser; letzterer nur auf richterlichen Urtheilsspruch und für die Zeit von 3—12 Monaten, nachdem zwei Aerzte und zwei angesehene Bürger erklärt haben, dass „der Betreffende ein Trinker sei, seine Selbstbeherrschung verloren habe und durch den Trunk unfähig sei, seine Geschäfte zu versehen, und in der Freiheit gefährlich sei". Diese Anstalten stehen unter strenger staatlicher Aufsicht und werden theils durch Privatmittel, zum grössten Theile durch Staatsunterstützungen, meist 10—12 Procent der Steuer von den alkoholischen Getränken, unterhalten. Nach zuverlässigem ärztlichen Bericht wird die Zahl der Geheilten auf 35 Procent, von einzelnen sogar auf 60—70 Procent angegeben. In einzelnen dieser Anstalten sind später mannigfache Misserfolge zu verzeichnen, und zwar in solchen, welche unter der Oberleitung von Nichtärzten standen, und in denen ohne rationelles Verfahren unwissenschaftliche Anschauungen die Verwaltung beherrschten.

In England ist auf den eifrigen Betrieb der ärztlichen Parlamentsmitglieder Dr. *Dalrymple* und später von Dr. *Cameron* seit 1880 ein Gesetz

in Kraft (The Inebriates Act 1879), nach welchem eine Person in eine vom Staate concessionirte Anstalt freiwillig eintreten und dort für eine angegebene Zeit zwangsweise zurückbehalten werden kann, wenn zwei Personen vor zwei Friedensrichtern erklären, dass die betreffende Person ein Gewohnheitstrinker ist, und dass dieselbe die Folgen dieser Aufnahme zu beurtheilen vermag. Nach dem englischen Gesetz ist ein Gewohnheitstrinker „eine Person, welche gesetzlich nicht geisteskrank, doch infolge gewohnheitsmässigen Missbrauches geistiger Getränke zeitweise sich selbst oder anderen gefährlich und unfähig ist, sich selbst zu leiten und seine Geschäfte zu versehen". Dieses Gesetz ist 1889 und besonders 1898 erheblich abgeändert worden, und zwar dahin, dass gesetzlich der Eintritt nicht nur ein freiwilliger, sondern auch ein zwangsweiser sein kann und auf den Antrag von Angehörigen zulässig ist. Nach der „Habitual Inebriates Act 1889" gibt es sogenannte Retreats und Reformatories. In den ersteren ist der Eintritt stets ein freiwilliger, jedoch auf eine bestimmte beliebige Zeit. In die letzteren, in die Reformatories, wird nach dem Gesetze, und zwar bis zur Dauer von drei Jahren derjenige verbracht, welcher in der Trunkenheit ein mit Gefängniss- oder Zwangsarbeitsstrafe zu bestrafendes Verbrechen begangen hat, falls er ein notorischer Trinker ist. Solche Anstalten sind staatliche oder communale Einrichtungen; in den letzten Jahren sind fünf solche Anstalten errichtet worden (vier für Männer und eine für Frauen) und drei weitere stehen in Aussicht. — In den Besserungsanstalten (Reformatories) kann auch ein crimineller Alkoholist, der zum viertenmal innerhalb eines Jahres zur Verurtheilung kommt, ebenfalls auf die Dauer bis drei Jahre untergebracht werden. (Journ. of ment. Sc., 1900, October.) Und ganz besonders wichtig ist, dass Personen, die in einem Jahre wiederholt sich der öffentlichen Trunkenheit schuldig gemacht, in ein solches Staats-Trinkerasyl gebracht werden können, um daselbst geheilt zu werden. Es gibt jetzt ca. 20 licenzirte Retreats. Die Anstalten sind fast sämmtlich von Vereinen (die grösste und beste ist das „Dalrymple Home" in Rickmansworth unweit London) oder von Privaten als Erwerbsquelle erbaut und unterhalten. Die meisten von diesen sind staatlich concessionirt und werden von einem Staatsinspector sorgsam überwacht. In allen britischen Colonien bestehen Anstalten und Gesetze zur Aufnahme und Heilung von Gewohnheitstrinkern (Canada, Ontario, Neu-Seeland, Quebec).

Schon seit langer Zeit bestehen in Norwegen (Hemdal), in Schweden (Bie und Tornäs) und in Finnland (Türva) und ebenso in der Schweiz Anstalten dieser Art, von denen ein Theil als Privatunternehmungen für die wohlhabende Classe, ein anderer auf Kosten von gemeinnützigen Vereinen, insbesondere von Mässigkeitsvereinen, errichtet sind. In der Schweiz werden diese Anstalten staatlicherseits von dem einen Zehntel des Steuereinkommens durch das Branntweinmonopol unterstützt, und ist unter diesen die von *Forel* ins Leben gerufene Anstalt in Ellikon bei Zürich wegen ihrer guten Erfolge einer besonderen Erwähnung werth. In der Schweiz gibt es 10 Anstalten zur Aufnahme von Gewohnheitstrinkern. In vielen Cantonen ist die zwangsweise Unterbringung durch Gesetz zulässig und nach dem nachahmenswerthen Beispiel des Gesetzes von St. Gallen (29. Juni 1891), um dessen Entstehen sich *Sonderegger* besonders verdient gemacht, geregelt. Nach

diesem Gesetze können Personen, welche sich gewohnheitsmässig dem Trunke ergeben, in eine Trinkerheilanstalt verbracht werden, nachdem vorausgegangene amtliche Warnungen fruchtlos geblieben sind. Die Dauer der Unterbringung beträgt in der Regel 9—18 Monate und im Rückfalle findet eine zweckentsprechende Verlängerung der Frist statt. Die Versetzung in eine solche Anstalt kann nur auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens beschlossen werden, und steht die unfreiwillige Versorgung dem Gemeinderath, resp. dem Ortsverwaltungsrath zu mit Zustimmung des Regierungsrathes. Dieser letztere kann die Versorgung allein beschliessen in allen Fällen, in denen die Unterbringung dringend geboten erscheint und die Gemeindebehörde eine solche verweigert. Die erwachsenen Kosten trägt im Vermögensfalle der Trinker selbst, im Unvermögensfalle werden sie nach Maassgabe der bestehenden gesetzlichen Vorschriften von dem Armenwesen erhoben. Während der Dauer der Versorgungsfrist kann für die betreffende Person interimistisch ein Vormund bestellt werden, und dies kann geschehen vor der Unterbringung, sobald durch ein amtsärztliches Gutachten eine erhebliche Willensschwäche infolge des übermässigen Gebrauches alkoholischer Getränke nachgewiesen ist. — In der neueren Zeit sind in Holland in Eede bei Erveningen und auch in Russland Anstalten zur Heilung von Trinkern von Privatvereinen geschaffen und haben in Niederösterreich, Frankreich (hier ist das Asyl in Ville-Ervard mit 700 Betten zur Behandlung der Alkoholisten aller Art im Seine-Departement bestimmt) und Belgien wiederholt in den gesetzgebenden Körperschaften Verhandlungen stattgefunden, Trinkerasyle auf Staatskosten zu erbauen.

In Deutschland und namentlich in Preussen besteht eine grosse Anzahl von Anstalten zur Heilung von Trunksüchtigen. In Deutschland gibt es deren 24 mit 380 Betten für Männer und 50 für Frauen, zusammen 430 Betten. Die älteste und grösste derselben ist die in Lintorf bei Düsseldorf, schon 1851 errichtet (von der rheinisch-westfälischen Diakonenanstalt zu Duisburg) und von P. *Hirsch* lange Zeit vortrefflich verwaltet und auch jetzt von reichen Erfolgen begleitet. In allen preussischen Provinzen sind, theils in Anlehnung an die segensreich wirkenden *v. Bodelschwing*'schen Arbeitercolonien, von den Vereinen für innere Mission, theils von den Vereinen gegen den Missbrauch geistiger Getränke gegründet (z. B. die Anstalt „Waldfrieden", durch den Berliner Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke *[Dr. Waldschmidt]*), Trinkerheilanstalten vorhanden, die nur freiwillig Eintretende aufnehmen. Eine staatliche Fürsorge für Trinker ist bisher nicht vorhanden, sie ist aber mit Sicherheit zu erhoffen, da bereits der Gesetzentwurf für das Deutsche Reich von 1881 (betreffend „die Bestrafung der Trunkenheit") von der Unterbringung crimineller Trinker in eine zur Heilung oder Verwahrung von Trunksüchtigen bestimmte Anstalt handelt. Diese letzte Anregung fand schon damals vielseitige Zustimmung. „Ich halte es in der That", meinte schon damals der Abg. *Dr. Virchow* (Sitzung am 6. April 1881), „für erwünscht, dass dem Gedanken, welchen die Regierung nach dem Vorgange namentlich der englischen Gesetzgebung in § 5 zum Ausdruck gebracht hat, nämlich Asyle für Gewohnheitstrinker einzurichten, näher getreten wird . . . . . Es muss irgend eine Form gefunden werden, wie es möglich ist. der-

artige Personen in einer Anstalt unterzubringen, damit sie wenigstens gezwungen werden, eine längere Zeit hindurch ein geregeltes Leben zu führen. Dazu gehört aber, dass ihnen eine gewisse Beschränkung des Freiheitsgebrauches auferlegt wird." In dem zehn Jahre später eingebrachten Gesetzentwurf (15. Januar 1892) betreffend „die Bekämpfung der Trunksucht" bestimmt §. 11, dass derjenige, „welcher infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich und seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet, entmündigt werden kann. Der Entmündigte, heisst es ibid. al. 3, erhält einen Vormund . . . . . Der Vormund kann den Bevormundeten mit Genehmigung der Vormundschaftsbehörde in einer Trinkerheilanstalt unterbringen." Sind diese beiden Gesetzentwürfe auch nicht Gesetz geworden, so hat das jetzt geltende bürgerliche Gesetzbuch die Entmündigung des Gewohnheitstrinkers und dessen Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt durch den Vormund (§§ 6, 1896 und 1631) ausdrücklich zugelassen. Es wird nicht ausbleiben, dass der Staat oder ein anderer Verband (Provinz, Gemeinde) Anstalten zur Aufnahme dieser Trinker errichten, dass der Staat die gemeinnützigen privaten Anstalten concessioniren und überwachen wird. Er wird im Sinne einer heilsamen Prophylaxe gesetzlich zulassen müssen, dass der Gewohnheitstrinker in eine solche Anstalt schon vor der Entmündigung zwangsweise gebracht werden kann, und dass Trinker, welche freiwillig in eine solche Anstalt eintreten oder zwangsweise in diese gebracht werden, daselbst mit Zwang zurückbehalten werden können. Diese Anforderungen werden in Erfüllung gehen müssen, wenn diese Anstalten sich wirklich erfolgreich erweisen sollen.

Die Leitung und Verwaltung von Trinkerheilanstalten kann, wie wir an dieser Stelle in Uebereinstimmung mit der grossen Mehrheit der Sachkenner, insbesondere auch der Irrenärzte und im Gegensatze zu anderen (cfr. Hygiene des Alkoholismus von Dr. *A. Delbrück,* 1891, pag. 54) hervorheben wollen, nur einem Arzt anvertraut worden. Der Alkoholist hat wie der Morphinist durch eine chronische Intoxication seinen krankhaften Zustand herbeigeführt. Der Gewohnheitstrinker bietet durch die lange andauernde Intoxication stets eine Reihe von krankhaften Veränderungen in den einzelnen Organen und eine so tiefe Degeneration des Gesammtorganismus, dass derjenige, der den Trinker heilen soll, diese Veränderungen kennen und eingehend berücksichtigen muss. Ist auch bei der Heilung der Trunksucht die Enthaltsamkeit von allen berauschenden Getränken die unentbehrliche Grundlage des Heilverfahrens, so ist doch mit der Abstinenz allein noch nicht die Aufgabe des Heilregimes gelöst. Die Ueberwachung der hygienischen Maassnahmen in der Anstalt, die diätetischen und medicamentösen Verordnungen, die Berücksichtigung des individuellen Zustandes und die Ueberwachung des Kranken in den einzelnen Stadien der Anstaltsbehandlung, die Handhabung einer rationellen, progressiv sich verschieden gestaltenden Disciplin in Gemeinschaft mit der Ausübung einer psychisch-suggestiven Therapie und ihrer wohlthätig wirksamen Einwirkungen, alles das sind Agentien, die in einer Trinkerheilanstalt in Anwendung kommen müssen. Und dieses Verfahren bildet etwas mehr, als die gewöhnliche Empirie einer schablonenhaft ausgeübten Abstinenz.

* * *

Dem Staate steht ausser den bisher angeführten Maassnahmen noch eine Reihe von Mitteln zu Gebote, die er in präventivem Sinne mit grossem Erfolg in Anwendung bringen kann, um den Alkoholismus zu bekämpfen. Es soll nur andeutungsweise darauf hingewiesen werden, wie erfolgreich der Staat für die Ausbreitung der Mässigkeit und für die Unterdrückung der üblen Trinksitten unter dem grossen Heere seiner Unter- und Oberbeamten wirken kann. Jedes noch so geringe Vergehen im Amte, dessen Ursache auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen ist, müsste schwer bestraft, jede Angewöhnung zur Trunksucht rücksichtslos geahndet werden. Nichts kann den Beamten, welcher Art auch immer, in der öffentlichen Meinung mehr herabsetzen, ihn zur treuen, unparteiischen und gerechten Ausführung der amtlichen Obliegenheiten ungeeigneter machen, als der Hang zum Alkoholgenuss, als die Trinkgewohnheit. Welch ein gutes Beispiel und welch eine ergiebige Quelle für die Nachahmung würde die Nüchternheit und Mässigkeit der in die weitesten Volkskreise verzweigten Schaar der Staats- und Gemeindebeamten abgeben! Ganz besonders muss die bedeutsame Wichtigkeit der Nüchternheit für den Beamten im öffentlichen Verkehrswesen hervorgehoben werden. Welche Unmenge schweres Unglück über Reisende oder deren Familien kann die Angetrunkenheit eines Eisenbahnbeamten in Ausübung seines Dienstes verschulden? Nicht allein, dass jeder Alkoholist aus diesem Dienste, dem das öffentliche Interesse in unbegrenzt hohem Maasse anvertraut ist, zu entfernen ist, den Beamten dieses Dienstzweiges müssen fürsorglich alle Versuchungen und Gelegenheiten zum Alkoholgenuss während der Ausübung des Dienstes aus dem Wege geräumt, ihnen müssen während desselben Mittel und Wege zur Aufnahme von ausgiebiger Nahrung, von unschädlichen Erfrischungs- und Anregungsmitteln in geordneter Weise vorgesehen werden. Die in Preussen und in den anderen deutschen Einzelstaaten in allerneuester Zeit dahingehenden Verordnungen der Behörden sind mit Dank anzuerkennen.

Reichen Erfolg für die Erziehung des Volkes zur Mässigkeit kann der Staat erzielen dadurch, dass er jede Unmässigkeit in der Armee und Marine streng untersagt und unduldsam ahndet, und das nicht nur bei der Mannschaft, sondern auch in den Kreisen der militärischen Vorgesetzten in allen Graden. Die Armee rühmt sich mit Recht, die reife Ausbildung des grössten Theiles der männlichen Bevölkerung zu körperlicher Rüstigkeit und zum geistig-sittlichen Charakter zu vollführen, neben der physischen Kraft auch das sittliche Element zu heben und zu fördern. Sicher kann die Armee die Bildung des Volkes, das durch den allgemeinen Schulzwang zur allgemeinen Wehrpflicht herangebildet wird, ergänzen und vollenden zum Nutzen der Gesellschaft, wenn der Soldat während seiner Dienstzeit soviel Tugend erwirbt und in das Leben mit hineinnimmt, dass er ein ebenso guter Bürger wird, als er ein guter Soldat war. Eine der nothwendigsten Tugenden eines jeden Soldaten ist aber Nüchternheit und Mässigkeit; der trunksüchtige Soldat kann nimmer den Grad von Pflichttreue und Gehorsam, von Ordnungssinn und Aufopferungsfähigkeit erwerben und besitzen, wie es die militärische Zucht und das Vaterland verlangt. „Nichts gefährdet mehr die Disciplin, den frischen Muth, die freudige Hingebung und alle die hohen Eigenschaften eines

braven Soldaten, nichts stumpft mehr die heiligen Gefühle der Begeisterung für Gott, König und Vaterland ab als der Alkohol. Sittlicher Verfall ist mit seinem zunehmenden Gebrauch unausbleiblich, und stets haben die nüchternen Truppen den Preis der tüchtigsten und tapfersten Soldaten davongetragen."

Schon lange haben in den Armeen in Amerika, in England, insbesondere in den Colonien und in den Tropen, die grossen Mässigkeitsgesellschaften mit vielen Erfolgen ihre Lehren verbreitet und zahlreiche Anhängerschaft in den einzelnen Regimentern gefunden. Und was ein nüchternes Heer zu leisten vermag, haben die Kriegsscharen der Boeren in jüngster Zeit zu ihrem Ruhm bewiesen. Von einsichtsvollen Armeeführern wird in neuester Zeit die Mässigkeit mit anerkennenswerthem Eifer gefördert. Auch in der deutschen Armee tritt dieses dankenswerthe Bestreben durch das Vorgehen des Generaloberst *v. Haeseler* (XVI. Armeecorps) und in der jüngsten Zeit durch das des commandirenden Generals des VI. Armeecorps (des Erbprinzen von Meiningen) in ihren Tagesbefehlen hervor. Möchte es weiterhin überall Nachahmung finden, damit unserer Armee zu den anderen vielen Tugenden auch die der Mässigkeit und Nüchternheit zugezählt werden kann.

Und das allerwichtigste Mittel, das der Staat zur Erziehung des Volkes zur Mässigkeit und Nüchternheit mit überaus grossem Erfolg anwenden kann, ist die Mitarbeit der Schule. Die Mitwirkung der Schule im Kampfe gegen das Laster der Trunksucht ist in vielen Culturstaaten als dasjenige Mittel anerkannt worden, das den reichsten und besten Erfolg verspricht. Nach langen, über ein Jahrhundert andauernden Bemühungen der grossen und zahlreichen Temperenzgesellschaften ist man in neuester Zeit nach hartem, schwerem Kampfe in allen Staaten der Union dahin gekommen (und hier ist das Verdienst einer edlen Frau hervorzuheben, der *Mrs. Hunt*), dass durch Landesgesetz in allen öffentlichen und höheren Schulen die Unterweisung der Jugend über das Wesen und die Wirkung des Alkohols zum obligatorischen Unterrichtsgegenstande gemacht worden ist, so dass gegenwärtig an 18 Millionen Kinder über den Alkohol gründlich aufgeklärt werden. Mit besonderem Eifer wird in jüngster Zeit auch in Belgien, zuerst auf die Anregung des Schulinspectors *Robyns* und jetzt auf Befehl des Unterrichtsministers *(Schollaert)* in dieser Weise vorgegangen und nicht minder energisch auch in Frankreich. In Schweden, Finnland, Holland und England wird die Belehrung der Kinder in den öffentlichen und auch in den Sonntagsschulen von staatlicher und privater Seite geflissentlich betrieben. In dem jüngst von Graf *Douglas* im preussischen Landtag eingebrachten Gesetzentwurf (1. Mai 1902) wird verlangt, dass die Jugend in der Schule besonders im Wege des Anschauungsunterrichtes über die schädlichen Folgen des übertriebenen Alkoholgenusses aufgeklärt werde (Nr. 5). Es wird gleichzeitig verlangt, dass die Lehrerschaft bei ihrer Ausbildung in den Seminarien eine genügende Vorbildung in der allgemeinen Gesundheitslehre und auch auf dem Gebiete der Alkoholfrage erhalte und dass erstere wie letztere zu einem besonderen obligatorischen Unterrichtsgegenstande gemacht werde. Auch ist mit Dank zu erwähnen, dass die preussische Unterrichtsverwaltung in neuester Zeit durch einen besonderen Erlass vom 31. Januar 1902 (betr. „Maassnahmen zur

Bekämpfung der Trunksucht") die Lehrerschaft auffordert, die Jugend bei jeder geeigneten Gelegenheit auf die Gefahren der Trunksucht hinzuweisen.

* * *

Die Maassnahmen, welche staatlicherseits zur Unterdrückung der Unmässigkeit in Anwendung kommen, bleiben, wie Erfahrung und Geschichte lehren, ohne nachhaltigen und ergiebigen Erfolg, wenn die weiten Volksmassen nicht durch Bildung und Einsicht, durch Selbstzucht und Eigenwillen befähigt sind, den hergebrachten Trinkgewohnheiten zu entsagen, den Kampf gegen die verderblichen Trinksitten selbst aufzunehmen und zu führen. Nur wenn die öffentliche Meinung und das Volksbewusstsein die Nothwendigkeit und Nützlichkeit dieses Kampfes einsieht und zur Mitbethätigung in demselben erzogen ist, kann ein sicherer und reicher Erfolg erwartet werden.

Zur andauernden Mitarbeit und Mithilfe zu diesem grossen Ziele ist die Privatgesellschaft berufen und verpflichtet. Mehr als staatliche Vorstellungen und gesetzliche Maassnahmen vermag sie durch gemeinnützige Werkthätigkeit die sittliche und materielle Wohlfahrt unter den grossen Volksmassen zu fördern, durch Einrichtungen social-philanthropischer Art das Volk von den Trinkgewohnheiten abzulenken, zur Nüchternheit und Mässigkeit zu erziehen.

Alle Maassnahmen, die dem allgemeinen Volkswohle dienen und die Hebung des Volkes auf eine höhere, bessere Stufe menschenwürdigen Daseins bezwecken, bilden mittelbar die wirksamsten Waffen gegen die Trunksucht. Alles, was die Volkserziehung veredelt, was die Jugend und die Kinder insbesondere der armen und arbeitenden Classen vor Verwahrlosung und Verrohung schützt, von Arbeitsscheu und ungeordnetem Leben abhält, zum Fleiss und reinen Lebenswandel, zur Sparsamkeit führt: die Schaffung von Kinderheimen und Kinderschulen, von Jugend- und Kinderbibliotheken, Turn- und Sportvereinen, von Spiel- und Fortbildungsschulen für die reifere Jugend — alle diese bedeutsamen Volkserziehungsmittel helfen indirect und in unabsehbar reichem Maasse auch die Mässigkeit zu fördern.

Die in der Neuzeit allerseits empfundene Nothwendigkeit, den minder wohlhabenden Volkskreisen menschenwürdigere, billige und gesunde Wohnungen zu schaffen, darf als eines der besten und wirksamsten Mittel zur Bekämpfung der Unmässigkeit bezeichnet werden. Je behaglicher sich der Arbeiter in der Familie fühlt, je mehr Anziehungskraft ihm sein Heim bietet, desto seltener wird er die Schankstube, das Wirthshaus aufsuchen. Häufig verlässt er nach angestrengter Tagesarbeit die Familie, weil er in dem engen, überfüllten, ungesunden Wohnraum kein Wohlbefinden und keine Erholung findet.

Ungemein wirksam und wohlthätig erweisen sich in dieser Richtung die von gemeinnützigen Gesellschaften zuerst in England und später auch an zahlreichen Orten in Deutschland gegründeten Volkskaffeehäuser. In einfachen, wohlig eingerichteten Räumlichkeiten, für Männer und Frauen getrennt, werden den minder begüterten Volksclassen vorzügliche Stärkungs-

und Erfrischungsmittel, Kaffee, Thee, Chokolade, Cacao, Milch u. s. w., in vielen derselben auch einfache, gut zubereitete, gesunde Speisen gegen billigen Preis dargeboten. Hier soll der Besucher ohne Trinkzwang einen angenehmen Aufenthalt, eine Auswahl von Zeitungen und Unterhaltungsschriften finden, sich mit Freunden unterhalten können, ohne den Gefahren der berauschenden Getränke ausgesetzt zu sein. In England haben grosse Actiengesellschaften (National-Coffee-Tavern-Association) mit grossem Capitalsfonds in allen grösseren Städten zahlreiche „Volkskaffeehäuser (Public-Coffee-Houses) geschaffen, welche als Actiengesellschaft neben dem grossen öffentlichen Nutzen den Antheilbesitzern eine Dividende bis zu 10% einbringen. Die grossartige Entwicklung dieser Institute wird sicher aneifern, die schon erwähnte mit vielem Eifer betriebene Gasthausreform nach gleichen gemeinnützigen Gesichtspunkten zu verwirklichen. In Deutschland hat *Lammers*, der sehr verdienstvolle Mitbegründer und erster Geschäftsführer des deutschen Vereines gegen den Missbrauch geistiger Getränke, die Gründung solcher Kaffeehäuser in vielen Orten angeregt, so dass von Mässigkeits- und anderen Vereinen viele derselben in allen grossen Städten Deutschlands eingerichtet sind. Hier ist besonders der vorzüglichen Volkskaffee- und Speisenhallen-Gesellschaften, die von dem edlen Menschenfreund *Minlos* in Hamburg und in Berlin geschaffen sind, zu erwähnen. Solche Anstalten sind in Bremen, Hannover, Hamburg, Kiel, Dresden, Köln, Kassel, Königsberg, Stettin, Strassburg, Wiesbaden, Görlitz, Gotha etc. etc. vorhanden, ebenso in Oesterreich, Dänemark, Schweden, Norwegen, Russland (Theehäuser), Frankreich, Belgien (Café de tempérence) und in der Schweiz.

Einem gleich edlen und sittlich-erzieherischen Zwecke dienen die an vielen Orten in der Neuzeit von besonderen Vereinen eingeführten „öffentlichen Sonntagsunterhaltungsabende", in denen anziehende, belehrende Vorträge, Gesangs- und Theateraufführungen den minder wohlhabenden Volksclassen ohne jede oder nur gegen sehr geringe Bezahlung dargeboten werden. Der Beifall, den diese Unterhaltungsabende finden, und der grosse Zudrang zu denselben sind die beredtsten Beweise für das Bedürfniss und die Bedeutung dieser nachahmenswerthen Veranstaltungen.

Die Privatgesellschaft kann auch zur Bekämpfung der Trunksucht durch Errichtung von Volksküchen, von gemeinnützigen Speiseanstalten (Frau Lina Morgenstern-Berlin, Frau Orelli-Zürich) beitragen, um den ärmeren Classen billige und gesunde, rationell zubereitete, kräftige Nahrung zu gewähren. „Je schlechter die Nahrung ist, desto geringer ist die Arbeitskraft, und weil der Arbeiter mit seiner schlechten, unzureichenden Nahrung die verausgabte Muskelkraft nicht zu ersetzen vermag, weil er unter dem anstrengenden Kraftaufwande ermüdet und erlahmt, greift er zu dem Branntwein, der ihm für den Augenblick über den Mangel an Kraft hinweghilft. Unter diesen Verhältnissen erscheint der Branntwein ihm als ein Wohlthäter, der jedoch in trügerischer Weise seine verausgabte Kraft nicht wie ein geeignetes Nahrungsmittel zu ersetzen vermag, seine Arbeitsfähigkeit dagegen untergräbt." Je geringwerthiger die Ernährung, je geschmack- und reizloser sie zubereitet, desto näher ist die Versuchung und auch das Bedürfniss, zu

dem billigen und überall feilgebotenen Branntwein zu greifen. Die Bildung von Vereinigungen, welche den Arbeitern als Bezugsquelle billiger und guter Nahrungsmittel dienen (Consumverein), die Einrichtung von sogenannten Haushaltungsschulen, in welchen Frauen und Mädchen aus den Fabriken und den Arbeiterkreisen eine gute und praktische Zubereitung der gewöhnlichen Speisen, die Führung des Haushaltes und Küchenwesens lernen, die Verabreichung von Kaffee, von Milch u. s. w. in den Fabriken seitens der Arbeitgeber, alle diese Einrichtungen dienen als vorzügliche Mittel im Kampfe gegen den Alkoholismus.

Es ist schon angedeutet, welche grossen Verdienste sich die private Gesellschaft um die Trinkerrettung erwirbt und erwerben kann durch die Errichtung von Sanatorien für Alkoholkranke (Trinkerheilanstalten). Noch ist der Sinn und das Verständniss für diese Liebesthätigkeit in der öffentlichen Meinung und in weiteren Kreisen leider viel zu gering.

Die wichtigste Aufgabe, welche der Gesellschaft im Kampfe gegen die Trunksucht zufällt, liegt in der Bethätigung derjenigen Grundsätze, welche unmittelbar die bestehenden Trinksitten und Trinkgewohnheiten bekämpfen, in der strengen Befolgung eigener Mässigkeit im Genuss aller berauschenden Getränke, in der Förderung dieser Grundsätze in der Familie und ganz besonders in der Bildung von Vereinen, deren einziger Zweck es ist, durch alle geeigneten Mittel der Sache der Mässigkeit zu dienen.

Schon zu Anfang des vorigen Jahrhunderts haben sich in Amerika die ersten Gesellschaften zur Unterdrückung der Unmässigkeit, zur Beseitigung des Missbrauches der spirituösen Getränke gebildet (1808 in Saratoga, 1813 in Boston), welche sich sehr bald als American Temperance Society in zahlreichen Vereinigungen über alle Staaten der Union verbreiteten. Die Bildung solcher Vereine fand die ausgedehnteste Nachahmung in England in den grossen Nationalgesellschaften (United Kingdom Alliance, British Temperance League, Scottish und Irish Temperance League; National British Women Temp. Associat.) und in seinen Colonien. Auch auf dem Continent bildeten sich in fast allen Staaten Mässigkeitsvereine, besonders nachdem *Robert Baird* von Amerika aus sein Propagandawerk (1830 bis 1835) über alle Länder Europas ausgedehnt hatte. In Schweden waren schon 1830 mehrere Vereine gebildet zur Bekämpfung des Branntweingenusses, und 1837 hat der Probst *Peter Wieselgren* in Gothenburg die grosse schwedische Nüchterngesellschaft ins Leben gerufen. In der Schweiz, in Dänemark, Holland, Russland und auch in Deutschland, besonders in den nördlichen Landestheilen, wurde der Kampf von Mässigkeitsvereinen in neuerer Zeit mit Eifer aufgenommen. In Frankreich entwickelt nach der alten „Association française contre l'abus des boissons alcooliques" *(Lunier, Rohyns)* die in neuerer Zeit unter *Legrain's* Leitung stehende „Union française contre l'usage des boissons spiritueuses" eine ausgedehnte und erfolgreiche Thätigkeit. Nicht minder erfolgreich wirkt in Belgien die vorzüglich organisirte „Ligue patriotique contre l'Alcoolisme" (Minister *Jeune*).

In den meisten dieser Länder war der Kampf lediglich gegen den Branntwein gerichtet und am heftigsten dort, wo er am meisten producirt

und consumirt wurde. In Preussen förderte König Friedrich Wilhelm III. die Bildung dieser Vereine mit andauernder Fürsorge, und in den einzelnen Provinzen waren Geistliche (*Libetrut, Vetter,* der Franciskanermönch *Fieteck,* P. *Brzozowski*), einzelne Aerzte (*Laroche, Lorinser*), sowie hohe Beamte (*v. Gracvenitz, Witt, v. Doering*) bemüht, das Volk zur Entsagung anzuspornen und aufzuklären. Zahlreiche „Vereine zu voller Enthaltsamkeit von allem Branntweingenuss" waren gebildet. und Hunderttausende von Menschen, Männer und Frauen, Jung und Alt, waren in Posen, Preussen, insbesondere in Schlesien zur Nüchternheit bekehrt. Gleich wunderbare Erfolge waren in Hannover (Kaplan *Seling, P. Böttcher,* Oberbürgermeister *Stüwe*), in Sachsen (Kronprinz, später König *Johann*, Leibarzt *Carus*) und auch in Oldenburg der Enthaltsamkeitssache gewonnen. Die Erfolge dieser mit Feuereifer um sich greifenden Mässigkeitsbewegung waren jedoch Ende der Vierziger Jahre hauptsächlich durch die grosse politische Bewegung, die alle Volksclassen ergriffen hatte, wieder verflogen. Die Bestrebungen dieser Vereine hatten den Boden im Volke verloren, und nur wenige derselben haben bis in die Neuzeit hinein ein kümmerliches Dasein gefristet. Erst 1883 beginnt in Deutschland mit der Gründung des „Deutschen Vereines gegen den Missbrauch geistiger Getränke" (*Lammers, Nasse*-Bonn, *Struckmann*-Hildesheim) eine neue Kampfesbewegung gegen den Missbrauch nicht nur des Branntweins, sondern gegen alle alkoholischen Getränke.

In der neuen, wieder aufblühenden Mässigkeitsbewegung macht sich in Deutschland wie in anderen Ländern zur Zeit eine Entwicklungsphase geltend, die ihrer Wichtigkeit wegen nicht unerörtert bleiben kann. Schon früh hat sich in den Grundsätzen, welche der Wirksamkeit dieser Vereine zu Grunde liegen, eine grosse und sehr wesentliche Umänderung vollzogen, und zwar wiederum von den ältesten amerikanischen Vereinigungen ausgehend. Der Erfolg der Gesellschaften, die den Alkoholmissbrauch unterdrücken wollen, war im Beginn der Bewegung ein wenig ersichtlicher und ein nur geringer. Es drängte sich daher Vielen die Ueberzeugung auf, dass man überhaupt und vorzugsweise unter den ungebildeten Classen nur dadurch Erfolge erreichen würde, wenn man die vollständige und absolute Enthaltung von allen alkoholischen Getränken zum Grundsatz annehme. „Der mässige Genuss", meinte man, „sei der nächste Weg zum unmässigen; die gänzliche Enthaltsamkeit von allen geistigen Getränken sei das alleinige Mittel, das die Unmässigkeit mit allen ihren Folgen auszurotten vermag." Durch dieses Princip wollte man es dahin bringen, dass nach dem Erlöschen der gegenwärtigen Generation von Säufern kein einziger Trinker mehr gefunden werden sollte. Der Grundsatz der Totalabstinenz wurde alsbald von den schon bestehenden und den später gegründeten Gesellschaften angenommen, und dem Vorgange der amerikanischen Gesellschaften folgten alsbald die in England und auch viele in den anderen Ländern. Und so zeigt sich, dass in Amerika und in England schon seit vielen Jahrzehnten der Kampf gegen den Alkoholismus ganz allein von „Enthaltsamkeitsgesellschaften" geführt wird, weil hier nur Vereine dieser extremen Richtung vorhanden und Vereine mit anderen Grundsätzen, „Mässigkeitsgesellschaften", seither ganz unbekannt sind. In Schweden, Norwegen, Dänemark, in Holland haben die Abstinenzgesellschaften die

älteren, seit lange bestehenden Mässigkeitsgesellschaften beseitigt und auch in Deutschland wird gegenwärtig ein wenig erfreulicher Kampf zwischen Mässigkeits- und Enthaltsamkeitsprincip geführt. Die Abstinenzsache hat einen besonderen Aufschwung genommen durch das immer weitere Vordringen des Gut-Templer-Ordens, eines in Amerika 1851 gegründeten Ordens (Right Worthy Grand Lodge of Good Templars), der von hier aus allmählich sich in alle Welttheile und Länder ausbreitet. Diesem Orden muss das grosse Verdienst zuerkannt werden, dass er mit glänzendem Erfolg die Lehren der vollen Enthaltsamkeit in die unteren Gesellschaftsschichten, in die Kreise der Handwerker- und der Arbeiterclassen hineinträgt, seine Anhänger gerade in denjenigen Kreisen zu gewinnen weiss, in welchen den Bestrebungen der anderen Vereinigungen durch unbeugsames Misstrauen jeder Zugang unmöglich war. Mit besonderem Erfolg sucht er eine segensreiche Thätigkeit in der individuellen Trinkerpflege zu entfalten, seine Wirksamkeit auf die Rettung von Trinkern auszuüben. Dieser Orden ist seit 1888 in Deutschland thätig. „Durch mysteriöses Logengepränge nach freimaurerischem Ritus, durch ernste und heitere, unterhaltende Versammlungen übt er viel Anziehungskraft auf seine Anhänger aus und führt gleichzeitig durch strenge Ordensregeln viele Tausende von Trinkern der vollen Nüchternheit zu.“ Zahlreiche Logen sind von ihm in den letzten Jahren auch in Deutschland gegründet worden. Er besitzt hier zwei Grosslogen mit 429 Tochterlogen und 14.348 Mitgliedern (August 1901). — Neben diesen wirkt auch mit etwas modificirten Principien der Verein zum „Blauen Kreuz“, der, von der Schweiz (P. *Bovet* und *Rochat*) sich ausbreitend, auch in Deutschland vielfach Eingang und Anerkennung gefunden hat (P. *Martius*). Am 1. September 1900 zählte dieser Verein in Deutschland im ganzen 18.262 enthaltsame Mitglieder und 10.382 Anhänger. In neuester Zeit haben sich neben einem sehr radicalen Alkoholgegnerbund auch Abstinentenvereinigungen unter den verschiedensten Berufskreisen, den Aerzten, Kaufleuten, Eisenbahnbeamten und, was ganz besonders werthvoll ist, auch unter den Arbeitern gebildet.

Die Anhänger der Totalabstinenz haben überall, wo sie mit dem ihnen eigenen Eifer in den Kampf eingetreten sind, viele und zahlreiche Kampfgenossen und auch grosse sichtliche Erfolge erzielt. „Die Enthaltsamkeitsgesellschaften haben durch die Enthaltsamkeit vieler Hunderttausender ihrer Anhänger aus allen Ständen und Berufsarten gezeigt, dass der Alkohol unter den schwierigsten Verhältnissen und Lebenslagen vollkommen entbehrlich ist. . . . Sie waren und sind ein Experiment im gewaltigsten Styl, das aller verbreiteten Anschauung zuwider den unmittelbaren Beweis liefert, dass der Alkohol für die gedeihliche Existenz des menschlichen Organismus durchaus nicht nothwendig ist.“

So sehr auch die Anzahl der Enthaltsamkeitsgesellschaften und die ihrer Anhänger in den letzten Jahren — und wir denken hier vornehmlich an Deutschland — zunimmt, und so gross auch der Erfolg zu sein scheint, so wenig halten wir das Enthaltsamkeitsprincip für dasjenige, welches geeignet ist, die Trunksucht in einem Lande dauernd zu beseitigen oder auch nur wesentlich zu vermindern. Gewiss ist die Mässigkeit, wie die Abstinenten immer hervorheben, der erste Schritt zur Unmässigkeit. Ge-

wiss ist für viele, für sehr viele Menschen das Maasshalten eine Versuchung, an der sie straucheln, und zweifellos ist die volle Enthaltsamkeit der sicherste Schutz vor jeder Unmässigkeit. Aber soll man deshalb den mässigen Alkoholgenuss verbieten, weil der unmässige schädlich und verderblich ist? Gewiss ist die Enthaltsamkeit von allen berauschenden Getränken ein grosser Vortheil für die körperliche und geistige Gesundheit, aber auch der mässige Alkoholgenuss ist für viele Menschen ohne jeden Nachtheil (*Binz, Fick, Mosler, Pelmann, Strümpell, Tuczek* und sehr viele Andere) und auch von unleugbarem Werth in verschiedenen Lebensverhältnissen und im Kampf im modernen Leben. Gewiss ist es edel und grossmüthig, selbst das Beispiel der Enthaltsamkeit zu geben, um die Mitmenschen zu gleichem Thun zu veranlassen, um sie vor Verderben zu schützen. Aber diese Fürsorglichkeit braucht sich nicht auf solche Personen zu erstrecken, welche sittlich und geistig stark genug sind, sich selbst zu schützen und Willenskraft genug besitzen, um sich zur richtigen Zeit Selbstbeschränkung aufzuerlegen. Gewiss würde dem Menschengeschlecht viel Unglück und Verderbniss erspart werden, wenn es gelänge, den Alkohol von der Erde zum Verschwinden zu bringen. Aber glaubt man wirklich, dass es gelingen kann, auch bei der noch so grossen Zunahme der Enthaltsamen, die alkoholischen Getränke aus den jetzigen Lebensgewohnheiten auszurotten? „Wie das Menschengeschlecht derzeitig sich entwickelt und entfaltet hat, meint ein bewährter Hygieniker (*Pappenheim*, Die Sanitätspolizei, 2. Aufl., Art. Alkohol), sind die alkoholischen Getränke ein Bedürfniss geworden für alle Stufen des Vermögens und der Bildung aller Alter und Geschlechter ... Wo die alkoholischen Getränke erfunden worden sind, scheinen sie für die Dauer des Menschengeschlechts erfunden zu sein.“ Die absolute Abstinenz ist uns ein Ziel, das für die Dauer bei der Constitution unserer socialen Zustände nicht zu erreichen, und zu erhalten ist. Auch mit dem grössten Erfolge der Abstinenz wird es nicht gelingen, den Alkohol als Genussmittel aus der menschlichen Gesellschaft zu beseitigen. Nur darauf kann es ankommen, diesen Genuss innerhalb der Grenzen des Mässigen und Unschädlichen zu halten, das Volk und die grossen Massen zur Mässigkeit zu erziehen. Und dieses Ziel vermögen die weniger radicalen Mässigkeitsvereine besser zu erreichen, als die Enthaltsamkeitsgesellschaften. Durch Belehrung und Aufklärung wollen die Mässigkeitsvereine das Volk zur Selbstzucht erziehen, es befähigen, wie gegenüber anderen sittlichen Lebensaufgaben, auch hier Selbstbeschränkung aus eigenem Pflichtgefühl zu üben. Diese Vereine sind es, welche die öffentliche Meinung und Gesetzgebung zur Umgestaltung der hergebrachten Trinksitten anrufen, welche unaufhörlich bemüht sind, die eingewurzelten Anschauungen über den Nutzen und den Werth der berauschenden Getränke umzuändern, die Trinkgewohnheiten und Trinksitten umzugestalten und zu beseitigen.

Im Kampfe gegen die Schäden des Alkohols sind die Mässigkeits- wie die Enthaltsamkeitsvereine von unschätzbarem Werthe; sie sollen eingedenk ihrer grossen Ziele in einträchtiger Gemeinschaft sich ihren Aufgaben widmen. In dem schweren Kampfe gegen die Trunksucht sind sie werthvolle Bundesgenossen von hoch bedeutsamer Wichtigkeit. Die Bildung und Unterstützung dieser Vereinigungen ist aufs Eindringlichste

und Nachdrücklichste zu empfehlen, ihr Vorhandensein ist als eine Grundbedingung zum Erreichen auch der geringsten Erfolge in diesem Kampfe anzusehen.

Aus dem ärztlichen Berufe sind diesen Vereinigungen von jeher die gewichtigsten und einflussreichsten Kampfgenossen erwachsen. Je idealer der Beruf des Arztes aufgefasst wird, je mehr dieser sich als Beschützer und Förderer des Gesundheitswohles am Volkskörper verpflichtet fühlt, desto mehr muss es ihm obliegen, das Volk vor dem Feinde „Alkohol" zu warnen und es vor drohendem Verderben zu bewahren.

Ueberall, wo die Mässigkeitssache bleibende Erfolge erzielt hat, waren die Aerzte die bewährtesten und auch die gesuchtesten Genossen in dem mühevollen Kampfe. Dem Aerztestand fällt auch hier die grosse Aufgabe zu, Licht und Wahrheit zu verbreiten, belehrend und erziehend auf das Volk zu wirken, das entscheidende Wort in dieser die Volksgesundheit und die Volkswohlfahrt betreffenden Frage zu sprechen.

9. VORLESUNG.

Paranoia.

Von

R. Sommer,

Giessen.

Meine Herren! Das Wort Paranoia bedeutet als Derivativum von „νοῦς der Verstand“ mit der Präposition „παρὰ neben“ eigentlich das „Danebendenken“, ein Denken in verfehlter Richtung.

Dasselbe ist geeignet, die längst bekannte Gruppe von Geistesstörungen zu bezeichnen, bei denen bestimmte Wahnbildungen von chronischem Verlauf das Krankheitsbild beherrschen.

In der älteren Literatur finden wir ungefähr die gleichen Krankheitszustände, die wir zur Zeit unter dieser Bezeichnung verstehen, allerdings unter sehr verschiedenen Benennungen. Das Wort Paranoia hatte dabei bis in das 18. Jahrhundert eine wesentlich allgemeinere Bedeutung und wurde fast in gleichem Sinne wie der neuere Begriff Geisteskrankheit gebraucht.

So sagt der Florentiner Arzt *Chiarugi* in der „Abhandlung über den Wahnsinn überhaupt und insbesondere“, welche 1795 in deutscher Uebersetzung erschienen ist, bei der „Kritik der Nosologie des Wahnsinns überhaupt“ (§ 809): „In der That legen die Schriftsteller keiner von den lateinischen Benennungen, welche Wahnsinn (Pazzia) ausdrücken, einerlei Sinn unter. Das Wort Dementia drückte die Sache vielleicht am besten aus; indess ist die griechische Benennung Paranoia gleichbedeutend; und amentia, vecordia, imbecillitas der Lateiner sind Synonymien davon.“ Jedoch sind schon bei den Vorgängern *Chiarugi's* Einschränkungen in der Verwendung des Wortes bemerkbar. Er selbst erwähnt, dass zu den Geisteskrankheiten, welche er im allgemeinen als Wahnsinn (Pazzia) bezeichnet, „der grösste Theil der Paranoiarum des *Vogel*“ gehört.

Chiarugi rechnet allerdings die Fälle, welche wir zur Paranoia zählen würden, in seiner Eintheilung, welche das ganze Gebiet in 3 Gruppen: Melancholie, Manie und Blödsinn theilt, zu der ersteren. Seine Aus-

führungen beweisen jedoch, dass er bei dem Wort Melancholie unter anderem an Zustände denkt, welche wir jetzt als Paranoia bezeichnen würden. Er sagt in der „allgemeinen Eintheilung des Wahnsinns“ (§ 48): „I. Kann ein partielles falsches Urtheil stattfinden, welches sich auf einen irrigen, zum Grund des Urtheils angenommenen Satz stützt, auf welchen der Mensch, wie auf einen Mittelpunkt alle übrigens richtig geleiteten Urtheile zurückbringt, die aber irrig sind, weil der Grundsatz, aus dem sie herfliessen, der Wahrheit nicht entspricht. Uebrigens stimmen die Handlungen und Urtheile, welche mit diesem Grundsatz in keiner Verbindung stehen, mit den Begriffen der Vernunft und den Zeugnissen der Sinne überein.“

Wenn also *Chiarugi* sagt:

„Die Melancholie ist demnach ein partieller Wahnsinn, der immer auf einen oder nur wenige Gegenstände eingeschränkt ist“, so gibt er eine Definition, welche unsere gegenwärtige Gruppe der Melancholie und Paranoia umfasst. Der Grund hierfür liegt einerseits darin, dass öfter mit der Entstehung der Wahnbildungen, falls diese sich im Sinne der Verfolgung bewegen, Gemüthsdepressionen verknüpft sind, so dass es auch in der Gegenwart oft schwer ist, die Krankheitsformen, welche ganz verschiedene Prognose haben, im Anfang auseinander zu halten. Andererseits lässt sich geschichtlich zeigen, dass das Wort Melancholie, welches ursprünglich einen Zustand von Trauer und Furcht infolge von „Schwarzgalligkeit“ bedeutete, seinen Begriffsinhalt sehr erweitert hatte. Es zeigen sich nun schon bei dem genannten Autor Ansätze zu der später immer deutlicher vollzogenen Trennung dadurch, dass bei einer Gruppe der von *Chiarugi* sogenannten Melancholie das Bestehen von fixirten Wahnbildungen auch ohne depressiven Affect hervorgehoben wird.

In der Betonung bestimmter Wahnbildungen, mit welchen Gemüthsdepression einhergehen kann, jedoch nicht nothwendigerweise verbunden sein muss, liegt der Ausgangspunkt für die Lehre von der Paranoia im gegenwärtigen Sinne.

Die weitere Entwicklung ging nun in der Weise von statten, dass der Begriff des Partiellen, Einseitigen von *Esquirol* unter dem Wort Monomanie noch schärfer hervorgehoben wurde. Je nachdem diese Einseitigkeit sich in dem Gebiet des Denkens, Fühlens oder Wollens zeigte, unterschied *Esquirol* eine intellectuelle, affective und instinctive Monomanie. Davon ist die erstere der Kern der später als partielle Verrücktheit hervorgehobenen Gruppe, für welche sodann der Name Paranoia zur besonderen Bezeichnung wird.

Diese Weiterentwicklung von dem *Esquirol*'schen Standpunkt aus ist besonders von *Griesinger* vollzogen worden. *Griesinger** unterscheidet neben der Gruppe der acuten Psychosen (Melancholie, Manie und Wahnsinn) als Hauptgruppe die Verrücktheit und theilt diese in die partielle und allgemeine ein; davon ist die Gruppe „partielle Verrücktheit“ inhaltlich ungefähr identisch mit dem, was wir Paranoia nennen, wobei allerdings zu beachten ist, dass *Griesinger* sowohl die partielle als die allgemeine Verwirrtheit als secundäre Zustände nach den primären Erkrankungen (Melancholie, Manie und Wahnsinn) auffasst. Man thut gut, diese

* Vergl. Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 3. Auflage, 1867.

theoretische Anschauung auszuschalten, wenn man *Griesinger's* Ausführungen in Krankheitsbilder umsetzt.

Griesinger sagt in Bezug auf die „partielle Verrücktheit“: „Wir begreifen hierunter jene secundären Zustände von Irresein, wo auch mit bedeutender Abnahme und nach gänzlichem Erlöschen des ursprünglichen krankhaften Affectes das Individuum nicht genesen, sondern in der Weise erkrankt geblieben ist, dass es nun am auffallendsten in einzelnen fixen Wahnvorstellungen, die mit besonderer Vorsicht gepflegt und stets wiederholt geäussert werden, delirirt, immer also eine secundäre, aus der Melancholie oder Manie herausgebildete Krankheit.“

Dabei ist zu beachten, dass *Griesinger* die partielle wie die allgemeine Verrücktheit unter die Gruppe B als psychische Schwächezustände einreiht.

Hier taucht der psychiatrische Begriff der psychischen Schwäche, der sich seitdem zu dem Begriff des Schwachsinnes ausgebildet hat, auf.

Damit ist eine Discussion eröffnet, in der wir uns noch jetzt befinden. Die Frage kann ungefähr so formulirt werden:

Inwieweit zeigen die mit fixirten Wahnvorstellungen behafteten Kranken psychische Schwäche?

Griesinger hat sich sehr deutlich hierüber ausgesprochen (pag. 329): „Die Kranken sind jetzt — nicht etwa die vorigen Menschen plus einige Irrthümer oder einzelne Wahnvorstellungen; sie sind durch und durch andere geworden. Diese durchgreifende Veränderung, welche natürlich da am deutlichsten sich zeigt, wo der allgemeine melancholische Schmerzzustand, die allgemeine maniakalische Exaltation nunmehr gänzlich erloschen ist, besteht wesentlich in Abstumpfung und Schwäche aller psychischen Reactionen, in Gemüthsleere, Gleichgiltigkeit und verminderter Energie des Willens.“ „Nur von einer Seite kann der psychische Tonus noch immer schnell bestimmt und verändert, können Gemüthsaffecte und Willensreactionen noch immer schnell hervorgerufen werden: man berühre ernstlich den fixen Wahn, man trete seiner Aeusserung mit Raisonnement, seiner Geltendmachung, mit Gewalt entgegen, sogleich wird der Kranke zornig, heftig werden; man schmeichle dem Wahne und er wird sich freuen.“ Diese Stellung *Griesinger's* hat schon frühzeitig Anfechtungen erfahren, auf welche er in der II. Auflage des Buches eingeht (pag. 324): „Dass ich schon in der ersten Ausgabe die Verrücktheit zu den Schwächezuständen stellte, hat einzelne Anfechtungen erfahren. In der That gehört sie nirgends anders hin. In der ausgebildeten Verrücktheit mit vollkommen stereotyp gewordenen Wahnvorstellungen haben wir eine entschieden gesunkene Energie des Seelenlebens, eine psychische Decrepidität, ein Wrack nach verbraustem Sturm.“

Letzteres Bild ist der Ausdruck für *Griesinger's* Lehre von dem secundären Auftreten dieser Zustände nach Melancholie und Manie. Das Wesentliche ist, dass er die partielle Verrücktheit als geistigen Schwächezustand auffasst. Hiermit lässt sich jedoch die Anschauung vereinigen, dass dieser primär auftritt. Es muss also auch hier zwischen den beiden Componenten der *Griesinger*'schen Anschauung, erstens Auffassung der Verrücktheit als eines secundären Zustandes, zweitens Auffassung derselben als eines psychischen Schwächezustandes scharf unterschieden werden, wenn auch in *Griesinger's* Darstellung beide Lehren völlig verflochten sind.

Mag nun auch die *Griesinger*'sche Anschauung, dass die fixirten Wahnbildungen sich stets aus acuten Störungen gewissermaassen als Restzustände bei ausbleibender Heilung entwickeln, unhaltbar sein, so war doch durch *Griesinger's* Auffassung ein wichtiges Problem aufgestellt, mit dessen Lösung die Forschung bis in die Gegenwart beschäftigt ist, nämlich das Studium des Ablaufes.

Machte man im Gegensatz zu *Griesinger* die Beobachtung, dass in manchen Fällen die Wahnbildungen sich ohne ausgeprägtes melancholisches oder maniakalisches Vorstadium selbstständig entwickelten, so musste im Gegensatz zu dem chronologischen Moment der *Griesinger*'schen Lehre der Begriff der primären Verrücktheit in den Vordergrund treten. Trotz des darin enthaltenen Gegensatzes zu *Griesinger* ist dessen Lehre hierbei zum mindesten der Gegenstand der Beziehung gewesen. Ebenso gehen die Discussionen über die Frage der geistigen Schwäche bei chronischen Wahnbildungen partieller Natur im wesentlichen auf *Griesinger's* Stellung zu der Frage zurück.

Dass das Wort Paranoia nach der am Eingang gegebenen Wortableitung im Gegensatz zu seiner früheren, sehr allgemeinen Bedeutung sehr geeignet war, nun als besondere Bezeichnung für die allmählich herausgehobene Gruppe der partiellen Verrücktheit verwendet zu werden, ist verständlich. Dies geschah durch *Mendel.*

Seitdem hat sich dieses Wort überall Eingang verschafft.

Eine weitere Verfolgung der Geschichte der Paranoia würde uns zu tief in die Kritik gegenwärtiger Lehren führen, so dass wir sie hier übergehen wollen. Wir begnügen uns damit, dass aus der dargestellten Begriffsentwickelung die wesentlichen Probleme deutlich hervortreten.

Als solche lassen sich folgende Punkte hervorheben:

1. die Frage, ob die Wahnbildungen eine Beziehung zu Depressionszuständen haben;

2. die Frage des partiellen Charakters der Störung;

3. die Frage der geistigen Schwäche bei bestehenden Wahnideen;

4. das Problem des Ablaufes.

Dazu kommt noch folgendes Problem:

5. die Rolle der Sinnestäuschungen bei der Entstehung von chronischen Wahnbildungen.

Unter Bezug auf diese wesentlichen Fragen gebe ich folgende Darstellung der paranoischen Störungen:

Bei den ausgeprägten Formen beherrschen Wahnbildungen, meistentheils Verfolgungsideen, öfter auch Grössenideen das Krankheitsbild, welches einen durchaus chronischen Verlauf hat. Dabei sind die Kranken im Höhestadium der Krankheit, abgesehen von dieser verfehlten Richtung ihres Denkens, besonnen, haben gutes Gedächtniss, verstehen dabei häufig mit grosser Gewandtheit die Richtigkeit ihrer Wahnideen zu vertheidigen, bewahren auch oft noch lange ihre erlernten Kenntnisse und Fähigkeiten und urtheilen in Punkten, welche ihre Wahnideen nichts angehen, richtig, so dass sie nicht ohne weiteres als geistesgestört auffallen. Die Krankheit hat in den typischen Fällen einen über lange

Jahre erstreckten Verlauf und endet fast immer in Schwachsinn mit Resten der früheren Wahnideen.

In manchen Fällen sind diese Wahnbildungen längere Zeit systematisirt, jedoch liegt hierin nicht das ausschlaggebende Kriterium für die Diagnose der Paranoia, da eine grosse Menge von Fällen vorkommt, in welchen derartige Wahnbildungen mit chronischem Verlauf ohne strenge Systematisirung verlaufen. Allerdings ist erklärlich, dass jene kleine Gruppe verhältnissmässig früh die Aufmerksamkeit der psychiatrischen Beobachter erregt hat. Die paranoischen Systeme sind Ausdruck einer besonderen intellectuellen Eigenart der von der Krankheit betroffenen und bilden im einzelnen Fall nur ein Stadium im Ablauf der Krankheit, welche trotz des systematisirten Charakters der Wahnbildungen allmählich in Schwachsinn mit unklaren Wahnbildungen übergeht.

Die Verfolgungsideen können sich in verschiedenen Richtungen bewegen. Je nachdem der Gegenstand derselben in der eigenen Familie, in der engeren und weiteren Bekanntschaft, im Berufskreise, im grösseren Kreise der nationalen und allgemeinen menschlichen Gemeinschaft, zum Beispiel in politischer Richtung oder im religiösen Gebiet liegt, können im einzelnen sehr verschiedene Bilder zustande kommen, ohne dass der zu Grunde liegende Vorgang der Wahnbildung wesentliche Unterschiede zeigte.

Innerhalb der Familie bildet oft das Verhältniss von Mann und Frau z. B. im Sinne des Eifersuchtswahns ein Object der Wahnbildung, häufig knüpfen sich dabei an die Nahrungsaufnahme Vergiftungsideen. In Bezug auf die Umgebung der Familie sind es in erster Linie die Nachbarn, welche leicht in die Wahnbildung einbezogen werden.

Im beruflichen Leben wendet sich diese oft gegen Vorgesetzte, deren Absichten alsdann in paranoischer Weise umgedeutet werden, andererseits auch öfter gegen Untergebene, in deren Benehmen Spott, Verachtung, absichtlicher Widerstand, Feindseligkeit gefunden wird, bis ausgeprägte Verfolgungsideen auftreten.

Die Verfolgungsideen im socialen, politischen und religiösen Gebiet sind oft von Interesse, weil sich in ihnen zeitgeschichtliche Verhältnisse spiegeln.

Falls sich dieselben auf einzelne Personen beziehen, sind sie meist leicht als Wahnbildungen zu erkennen, manchmal wenden sie sich jedoch mehr gegen grössere Gruppen von Menschen und sind dann zeitweilig von fanatischen Parteimeinungen schwer zu unterscheiden.

Die Richtung der Wahnbildung hängt also wesentlich von der Umgebung und den geistigen Interessen des Individuums ab.

Daneben ist die verschiedene Form der Verfolgungsideen von Bedeutung.

Auch in dieser Richtung zeigt sich eine grosse Menge von Erscheinungen.

Viele Kranke bewegen sich im Anfang meist in Grenzen, welche über den Begriff der krankhaften Empfindlichkeit kaum hinausgehen. Sie fühlen sich nicht genug beachtet, scheel angesehen, verspottet. Deutlicher wird der paranoische Charakter der Störung, wenn Behauptungen auftreten, dass die Leute den Betreffenden auf der Strasse höhnisch ansehen, über ihn reden, ihn durch Bewegungen beschimpfen. Leicht erkenn-

bar ist der Verfolgungswahn meist, wenn Behauptungen über Mordversuche durch Vergiftung u. s. w. auftreten, ohne dass irgend welche Veranlassungen in dieser Richtung vorliegen. In allen Fällen ist jedoch bei der Diagnose darauf zu achten, dass nicht wirkliche Vorgänge als Wahnbildung aufgefasst werden. Es empfiehlt sich daher, bei der Erklärung, dass Paranoia vorliegt, sehr vorsichtig zu sein und dieselbe nur auf Grund einwandfreier Feststellungen abzugeben.

Bei Fällen, in denen es sich um die Frage der Gemeingefährlichkeit handelt, ist zur Feststellung der Thatsachen oft Mitwirkung von Behörden erforderlich. Jedenfalls ist die Frage, ob Wahnbildung vorhanden ist, genau zu beachten.

Von Bedeutung ist das Verhältniss von Verfolgungs- und Grössenideen.

Meist sind letztere später als erstere, sie können jedoch auch schon im Anfang der Störung auftreten, während die Verfolgungsideen gleichzeitig vorhanden sind oder sich erst später einstellen.

Es läge bei einseitig psychologischer Betrachtung der Geistesstörungen nahe, die erstere Verlaufsart so aufzufassen, dass gewissermaassen als Erklärung für die eingebildete Thatsache der andauernden Verfolgungen allmählich die Vorstellung einer ausserordentlichen persönlichen Bedeutung entsteht.

Ohne zu bestreiten, dass in manchen Fällen eine derartige Ideenverbindung die beiden Symptomgruppen verknüpft, sehen wir in der anderen Verlaufsart, bei welcher Grössenideen von Anfang an auftreten, dass eine solche Erklärung als allgemeines Princip nicht gelten kann, dass vielmehr Grössenwahn und Verfolgungswahn gleichwerthige Symptome sind, die in verschiedener Reihenfolge bei paranoischen Processen auftreten können.

Praktisch wichtig ist die Thatsache, dass diejenigen Paranoiafälle, bei denen Grössenideen von Anfang an im Vordergrund stehen, verhältnissmässig rasch in Schwachsinn verlaufen, während bei ausgeprägtem Verfolgungswahn oft ein ausserordentlich verzögerter Verlauf mit langem Erhaltenbleiben der Intelligenz vorkommt.

Der Grössenwahn kann ebenso wie der Verfolgungswahn sehr verschiedene Erscheinungsformen haben.

Es kommen alle Stufen von der einfachen Selbstüberschätzung, die noch in den Rahmen der Charakterfehler passt, bis zu ausgeprägten Grössenideen vor.

Dabei ist die Beziehung der einzelnen Idee zu den Standes- und Lebensverhältnissen zu beachten. In ausgesprochenen Fällen werden besonders Besitz, Rang, Bedeutung in der menschlichen Gesellschaft und im religiösen Gebiet im Sinne des Grössenwahnes verwerthet, zum Theil durch Ueberschätzung des Wirklichen, zum Theil durch völlig wahnhafte Behauptung in dieser Beziehung. Auch hier ist die besondere Art der Vorstellungsbildung durch die Lebensverhältnisse, die Bildung und, soweit eine solche vorhanden ist, durch die Weltanschauung des von der Krankheit Betroffenen bedingt.

Wir betrachten also die fortschreitende Wahnbildung als das Wesentliche der Paranoia, ohne die Bedeutung der sonst noch bei dieser Erkrankung auftretenden Symptome, besonders der Sinnestäuschungen

und der Stimmungsanomalien zu verkennen. Die ersteren können dabei fast in allen Sinnesgebieten auftreten, jedoch sind sie vorwiegend akustischer, speciell verbaler Natur. In den meisten Fällen handelt es sich um das innere Lautwerden von Stimmen im Sinne der wahnhaften Gedankengänge. Man kann sich diesen Vorgang am einfachsten als eine Erregung centraler Sinnessphären von den bei dem Denkact betheiligten Hirncentren aus denken, während die elementaren Sinnestäuschungen, z. B. bei Epileptischen, mehr den Eindruck von primären Erregungen der Sinnescentren machen.

Die vielfachen sonstigen Auffassungen, welche an dieses Gedankenlautwerden angeknüpft worden sind, übergehen wir hier, da es sich für uns um praktisch diagnostische Zwecke handelt.

Von Bedeutung ist die Frage, ob eine Beziehung der Wahnbildungen und Sinnestäuschungen zu einem primären depressiven Affect mit gespannter Erwartung besteht. Thatsache ist, dass eine Anzahl von Paranoia-Fällen ein Prodromalstadium von ängstlicher Verstimmung mit Erwartungsaffecten zeigt. Man könnte dann die Worthallucinationen als Erwartungstäuschungen auffassen, als Erregung centraler Sinnesflächen infolge angespannter ängstlicher Aufmerksamkeit. Jedoch ist dieser Befund nur bei einer Gruppe von Fällen vorhanden. Bei anderen spielt depressiver Affect überhaupt keine Rolle, oder dieser ist neben Wahnbildungen vorhanden, auch ohne dass Sinnestäuschungen auftreten, oder der Affect tritt erst nach und infolge von Wahnideen auf. Man kann also die pathogenetische Erklärung der ganzen Krankheitsgruppe in einer allmählichen Veränderung des Vorstellungslebens durch depressiven Affect nicht suchen, ohne ganze Gruppen von klinischen Erscheinungen auszuschalten. Immerhin kann das Vorhandensein einer Anzahl von Fällen mit depressiver Grundstimmung, Verfolgungsideen und Gedankenlautwerden nicht geleugnet werden, wenn man auch alle dogmatischen Folgerungen über die primäre und auslösende Bedeutung des Affectes ablehnt.

Bevor wir uns zur Betrachtung der verschiedenen Gruppen wenden, müssen wir die diagnostisch sehr wichtige Thatsache betonen, dass Wahnbildungen auch bei einer ganzen Reihe von anderen Krankheiten vorkommen, wobei sie oft rein transitorischen Charakter haben. Die Diagnose Paranoia darf erst gestellt werden, wenn alle anderen, mit Wahnbildung mehr oder weniger regelmässig verknüpften Krankheitsformen auszuschliessen sind. Am wichtigsten sind in differential-diagnostischer Beziehung folgende Punkte:

1. Bei Epilepsie treten öfter als Theilerscheinung eines vorübergehenden Dämmerzustandes Sinnestäuschungen und Wahnbildungen im Sinne der Verfolgung auf. Eine grosse Zahl der als acute Paranoia beschriebenen Fälle sind als solche transitorische Störungen auf epileptischer Basis aufzufassen. Differentialdiagnostisch sind folgende Momente zu beachten. Bei epileptischen Bewusstseinsänderungen dieser Art sind fast immer Züge von Verwirrtheit gleichzeitig vorhanden. Diese braucht keine vollständige zu sein. Selbst wenn nur einzelne Momente von zeitlicher oder örtlicher Unorientirtheit neben den Sinnestäuschungen und Wahnbildungen vorhanden sind, ergibt oft der sonstige Befund und die Anamnese deutliche epileptische Züge, so dass es unrichtig ist, die Diagnose auf Paranoia im Sinne einer chronisch fortschreitenden Wahn-

bildung zu stellen. Wichtig ist dabei vor allem die Beachtung der körperlichen Symptome, da bei Epilepsiefällen, selbst wenn ausgeprägte Krampfanfälle nicht vorliegen, fast immer starke motorische Reizerscheinungen (lebhafte Reflexe, Fussklonus, Zittern besonders der Extremitäten, einzelne Muskelzuckungen u. s. f.) vorhanden sind und der Urin manchmal Eiweiss enthält. Den Ausschlag bei der Diagnose gibt öfter die Beobachtung von amnestischen Zügen bei dem allmählichen Verschwinden der Wahnbildungen.

Neben diesen acuten Wahnbildungen, welche sich als Theilerscheinung eines Dämmerzustandes darstellen, ist bei Epileptischen zu beachten, dass sie oft einen misstrauischen Zug haben, der an den Beginn von Paranoia erinnert. Dieses Moment kann sich auch ohne Bewusstseinstrübung gelegentlich in impulsiver Weise steigern, so dass momentan der Zustand von der Erregung eines Paranoikers kaum zu unterscheiden ist. Auch kommt es vor, dass bei fortschreitender epileptischer Verblödung dieses paranoische Moment stark in den Vordergrund tritt, so dass die Unterscheidung kaum mehr zu treffen ist. Jedenfalls muss praktisch das Vorkommen von paranoischen Erregungen transitorischer Natur auf epileptischer Grundlage im Gegensatz zu den chronisch verlaufenden Fällen eigentlicher Paranoia sehr im Auge behalten werden.

Beispiel: Georg Z. aus L., 21 Jahre alt, aufgenommen am 23. April 1902. Ausgesprochene genuine Epilepsie, jede Woche ein bis zwei schwere Anfälle ohne Aura. Der Patient stürzt plötzlich wie vom Blitz getroffen mit einem durchdringenden Schrei zu Boden. Bis zum 15. Lebensjahr frei von Anfällen. Die Krankheit hat in den 6 Jahren ihres Bestehens zu sehr hochgradiger Demenz geführt. Seit diesem Jahre treten Verfolgungsideen bei ihm auf, die ihn auch in der anfallsfreien Zeit mehr und mehr beherrschen. Anfangs redete er, man wolle ihm etwas thun, ihn schlagen; er habe doch „nichts gesagt". Dann glaubte er öfter, die Leute wollten ihn umbringen. In der Klinik kommt es häufig auf Grund von Sinnestäuschungen zu sehr heftigen Erregungszuständen mit ausgeprägt paranoischer Färbung. Glaubt, die Pfleger wollten ihn erschiessen. Hält den Thürdrücker, den sie in der Hand haben, für eine Pistole. Auf diese Weise kommen Attaquen auf das Pflegepersonal zustande; er schlägt und wirft nach ihnen. Dazwischen Perioden, in denen er frei von paranoischen Vorstellungen ist. Zur Zeit befindet er sich in einer solchen. Es vergeht aber jetzt kaum mehr ein Tag, an dem er frei von Anfällen ist. Häufig hat er sogar mehrere an einem Tage.

Abgesehen von den ausgeprägten Epilepsieanfällen mit transitorischen Erregungen von paranoischer Färbung kommen solche auch bei Hydrocephalischen mit leichteren epileptoiden Störungen periodischer Art vor. Es kann also gelegentlich die Beachtung der hydrocephalischen Kopfform bei acut paranoischen Erregungen differentialdiagnostische Bedeutung haben.

Als Beispiel gebe ich folgenden Fall:

August T. aus W., 31 Jahre alt, aufgenommen am 4. October 1901. Eine Schwester hat Krämpfe gehabt.

Wird vom Krankenhaus L. gebracht. Hat dort getobt, ist mit dem Kopf gegen die Wände gerannt. — Ist zeitlich und örtlich orientirt. Hat Erinnerung an die ganze letzte Zeit trotz der schweren Sinnestäuschungen, die ihn verfolgt haben. Erzählt seine scheinbaren Erlebnisse, seine Verfolgungen durch „Karl" und „Wilhelm" bis ins Kleinste.

Körperlich hervorzuheben: Leichter Hydrocephalus. Durchmesser an den Tub. parietalia 19·5 Cm., Abstand der Tub. frontalia 7·5, Umfang 57. Uebermässig starke Augenbrauen; sehr grosse Ohren; schmaler hoher Gaumen. Keine Herzverbreiterung. 60 Pulsschläge bei Angstaffect. Kein Tremor. Hemmung des Kniephänomens; nur selten ist der Reflex angedeutet.

In der Klinik dauernd akustische Sinnestäuschungen. Im Krankenhaus zu L. sah er angeblich Thiere und sonstige sich bewegende Erscheinungen. Verfolgung durch „Karl" und „Wilhelm". Bildet sich förmlich ein System: Sein Arbeitgeber stehe im Dienste der „Justiz" und bekomme von dieser für hohen Lohn den Auftrag, alle Vagabunden und Taugenichtse, wie er einer sei, zu lynchen. Der habe nun also den Karl und Wilhelm mit seiner Ermordung beauftragt. Auch seine Familie sei zugleich dem Verderben verfallen. Seine Schwestern seien schon getödtet (Sinnestäuschung in L.), jetzt komme er daran. — Spricht ganz ruhig und ergeben von seinem Schicksal. — Es wird durch genaue Anamnese herausgebracht, dass am Tage des Ausbruchs der Krankheit für eine kurze Zeit Amnesie besteht.

Bei der Diagnose wurden die hydrocephale Kopfform, die epileptoiden Züge (frühere Wuthparoxysmen etc.), die Amnesie, der acute Ausbruch, die motorischen Reizerscheinungen (Zucken im Facialisgebiet, am Daumen etc.) gegen Paranoia angeführt. Gegen typisches Alkoholdelirium spricht das Fehlen von Tremor und Albuminurie. Resumé: „Bei dieser Sachlage ist es wahrscheinlicher, dass der Symptomencomplex, der als acute Paranoia mit alkoholistischen und epileptischen Nebenzügen bezeichnet werden muss, nicht eine Periode im Ablauf einer chronischen Paranoia darstellt, sondern als transitorische Störung bei einem früher mit Hydrocephalus behafteten Mann, ausgelöst durch mehrwöchentliche Alkoholexcesse, aufzufassen ist." Bis Ende November — also 8 Wochen im ganzen — dauern Sinnestäuschungen und Erregungen, exacerbirend und remittirend, an. Völlige Heilung. Geheilt entlassen am 8. März 1902.

2. Alkoholistische Geistesstörungen treten manchmal unter dem Bilde des acuten Verfolgungswahnes auf. In den meisten Fällen ist trotzdem die Diagnose bei einiger Vorsicht leicht, da der Tremor der Finger, Albuminurie und in psychologischer Beziehung gleichzeitige Visionen von bewegten Gegenständen, besonders Thieren, in Verbindung mit der Anamnese das Krankheitsbild als alkoholistisch erkennen lassen. Immerhin können bei einseitiger Beachtung der Sinnestäuschungen und Wahnbildungen Verwechslungen geschehen. Interessant ist, dass auch bei typischem Delirium tremens manchmal in der Reconvalescenz eigenartige Wahnbildungen, welche auf Erinnerung an visionär erlebte Vorgänge beruhen, bei schon ziemlicher Klarheit des Bewusstseins noch einige Tage oder Stunden festgehalten werden, die wieder völlig verschwinden. Neben diesen scheinbar paranoischen Momenten der acuten Alkoholpsychosen ist noch zu beachten, dass im Ablauf des chronischen Alkoholismus der Eifersuchtswahn eine bedeutende Rolle spielt und manchmal in einer Weise ausartet, welche sich von eigentlicher Paranoia kaum noch unterscheiden lässt. Bemerkenswerth ist, dass Systematisirung und Grössenwahn hierbei auch bei sehr langem Bestehen wohl nie auftreten, dass ferner der dabei bestehende Schwachsinn durch das Moment motorischer Erregbarkeit die alkoholistische Entstehung verräth, während anderseits so hochgradige Zustände von sprachlicher Verwirrtheit, wie sie bei Paranoia manchmal als Endstadien beobachtet werden, nie vorkommen.

Beispiel: Philipp T. aus O., 36 Jahre alt, aufgenommen am 17. Januar 1902.

Keine Heredität. Alkoholmissbrauch. Beginn der Krankheit Ende December 1901 mit Verfolgungsideen und Depression. Hatte sich vorher über angeblich unver-

diente Entlassung schwer geärgert. Glaubt sich von der Polizei verfolgt wegen Unterschlagung, Brandstiftung etc. Beschuldigt sich selbst, diese Verbrechen begangen zu haben. Hört rufen: „Das ist der T., der ist fluchtverdächtig, der muss verhaftet werden!" Soll die letzten Tage stumpf und theilnahmslos vor sich hingebrütet haben. Kein Suicidversuch.

Körperlich: Leichter Tremor der Finger. Belegte Zunge. Kein Eiweiss. Gesteigerte Reflexe. Schwanken bei geschlossenen Augen, Ataxie beim Kehrtmachen. Angeblich herabgesetzte Sensibilität.

Verlauf: Akustische Sinnestäuschungen, Verfolgungsideen, Depression. Gibt noch zu, dass er in O. auch Gesichtshallucinationen gehabt habe. Alles erschien in Bewegung, es waren keine Thiere, überhaupt nichts Bestimmtes. Zeitlich und örtlich völlig orientirt. Spricht spontan nichts, antwortet mit leiser Stimme. Die Stimmen nennen ihn Schuft, Hund, Hurer etc. Er solle sich doch aufhängen, da er zu nichts nutz sei. Die Intensität der Stimmen nimmt langsam ab, die Depression bleibt. Seit Ende Januar — also im ganzen nach 4 Wochen — keine Stimmen mehr. Mitte Februar schwindet auch die Depression. Sieht das Krankhafte ein und zeigt neuen Lebensmuth. Vom Anfalle geheilt. Bleibt freiwillig noch in der Anstalt. Später ein starker Trinkexcess mit mehrtägiger Depression.

In Betracht kamen bei der Aufnahme Melancholie, Paranoia, alkoholische Psychose. Letztere Annahme aus dem Ablauf sichergestellt.

3. Sehr schwierig ist oft die Unterscheidung der Paranoia von Melancholie. Wenn man unter letzterem Wort Psychosen versteht, bei welchen ein Zustand von Gemüthsdepression das Wesentliche ist, während man die dabei oft vorkommenden Wahnbildungen als Folge dieser auffasst, die wegfällt, sobald ihre Ursache, nämlich der zu Grunde liegende Gemüthszustand, sich bessert, so ist diese Abgrenzung gegen die primär entstehenden Wahnbildungen der Paranoia zwar theoretisch einleuchtend, aber praktisch oft sehr schwer zu vollziehen, da auch die Wahnbildungen bei paranoischen Processen häufig mit depressivem Affect einhergehen. Es wird dadurch verständlich, dass geschichtlich sich die Lehre von der Paranoia erst allmählich aus dem alten Begriff der Melancholie entwickelt hat. Auch werden dadurch die Rückfälle begreiflich, welche in der Paranoialehre immer wieder in dem Sinne erfolgen, dass ein depressiver Affect das Auslösende der Wahnbildungen sein soll. Jedoch ergibt sowohl die anamnestische Forschung als die Analyse der Symptome, dass sich Melancholie mit paranoischen Zügen von Paranoiafällen mit depressivem Affect fast immer wohl unterscheiden lässt.

Zunächst kommt in Betracht, dass bei Melancholie häufig früher schon Perioden von Depression mit nervösen Symptomen vorausgegangen sind. Ferner ist die Reihenfolge der Symptome zu beachten, da bei Melancholien stets eine Prodromalperiode zu beobachten ist, in welcher die Gemüthsverstimmung meist mit nervösen Erscheinungen im Vordergrund steht, während Wahnbildungen erst später hinzutreten. Dabei zeigen diese fast immer eine von den Paranoiafällen verschiedene Wendung in Bezug auf die Stellung der eigenen Person, wenn sie auch in einzelnen Zügen mit jenen ganz übereinstimmen. Bei der echten Paranoia wird die vermeintliche Verfolgung stets als etwas Ungerechtes, als Feindseligkeit empfunden, während bei den paranoiaähnlichen Melancholiefällen stets Ideen des eigenen Unwerthes vorhanden sind, im Sinne derer das angeblich drohende Unheil als etwas Gerechtfertigtes aufgefasst wird.

Dabei kann das Ereigniss selbst, z. B. Gemartert- und Umgebrachtwerden, bei Paranoia und Melancholie in gleicher Weise vorgestellt werden. Die praktische Regel lautet also: In den Fällen, in welchen der Verfolgungswahn mit Versündigungsideen verknüpft ist, muss die Frage erwogen werden, ob nicht ein Depressionszustand das auslösende Moment ist, bei dessen Abblassen auch die Wahnbildungen schwinden werden. Die Fälle von sogenannter geheilter Paranoia, welche nach Ausschluss des acuten Verfolgungswahnes auf epileptischer und alkoholistischer Grundlage bleiben, bedeuten grösstentheils Verwechslungen mit Melancholie, welche symptomatisch eine paranoische Färbung haben kann.

Erschwert wird die Unterscheidung dadurch, dass im Ablauf von melancholischen Anfällen, anscheinend durch ängstliche Spannung vermittelt, Sinnestäuschungen schreckhafter Art auftreten können, welche die grösste Aehnlichkeit mit denjenigen Paranoischer haben. Auch hier wird das gleichzeitige Vorhandensein von Versündigungsideen vor Verwechslungen mit Paranoia schützen.

Entscheidend in letzterer Richtung kann das Auftreten von Grössenideen werden, welche bei gutartigen Depressionszuständen ausgeschlossen sind. Stimmungsschwankungen sind viel weniger zu der Abgrenzung brauchbar, weil es Depressionszustände mit dem Charakter starker Beeinflussbarkeit gibt, bei denen momentan unter irgend einem Reiz das depressive Moment zurücktritt und einer scheinbar heiteren Stimmung Platz macht, während der depressive Grundcharakter bald wieder hervortritt.

Jedenfalls kann die Unterscheidung eines Depressionszustandes mit Verfolgungswahn, welcher eine ebenso gute Prognose in Bezug auf den einzelnen Anfall hat wie die einfache Melancholie, in Bezug auf die Abgrenzung von der prognostisch unheilvollen Paranoia grosse Schwierigkeiten machen.

4. Viel leichter als diese Unterscheidung ist das Erkennen der Grundkrankheit bei denjenigen Wahnbildungen, welche gelegentlich als Symptom von progressiver Paralyse, multipler Sklerose und anderen organischen Hirnkrankheiten auftreten.

Speciell bei Paralyse kommen gelegentlich Prodromalstadien vor, welche durch Depression, Misstrauen, Verfolgungswahn zunächst an Paranoia erinnern, während der Nachweis von Intelligenzdefecten, Gedächtnisstörungen, intercurrenter Euphorie oder Apathie, oft in Verbindung mit körperlichen Symptomen (Fehlen eines oder beider Kniephänomene, Pupillenstarre, tabischen Krisen, Augenmuskelstörungen, Sehnervenatrophie etc.) die Diagnose Paralyse sicherstellt.

5. Diagnostisch interessant ist die Abgrenzung der Paranoia von katatonischen Processen. Bei letzteren, die sich durch Muskelspannungen, stereotype Haltungen und Bewegungen, Negativismus u. a. auszeichnen, finden sich zunächst im sprachlichen Gebiet eine Anzahl von Erscheinungen, welche leicht Wahnideen vortäuschen können. Es handelt sich um die als Paralogie bezeichnete Störung, bei welcher auf eine Frage sonderbare, gesuchte, oft phantastische Antworten gegeben werden, welche im ersten Augenblick manchmal an Verfolgungs- oder Grössenideen erinnern.

Z. B.: Was sind Sie? Der König von Indien.

Untersucht man weiter, so zeigt sich, dass oft schon nach wenigen Minuten ganz richtige Antworten betreffend die eigene Person erfolgen,

so dass jene Aeusserungen viel mehr als barocke Einfälle erscheinen. Das Gleiche gilt für die scheinbaren Personenverkennungen, welche sich durch richtige Anreden oft nach wenigen Minuten als sprachliche Spielereien verrathen.

Z. B.: Wer bin ich? Herr R . . . . aus A . . . ., Herr Doctor . . . (wobei in dem Zusatz der Arzt richtig bezeichnet wird).

Neben diesen Pseudowahnideen scheinen bei Katatonie als vorübergehende Episode öfter Wahnbildungen aufzutreten, welche sich durch ihre sonderbare, phantastische Art und ihre Zusammenhangslosigkeit auszeichnen. Die eigentlichen katatonischen Symptome überwiegen jedoch in diesen Fällen nach Abblassen dieser paranoiaähnlichen Erregungen durchaus, so dass es unzulässig erscheint, aus dieser Gruppe von Fällen eine Unterart der Paranoia mit dem Zusatz „katatonica" zu machen. Vielmehr erscheint es richtiger, die Diagnose Katatonie zu stellen und die paranoischen Züge als Nebensymptome zu betrachten. Diese Unterscheidung ist praktisch nicht unwichtig, weil bei katatonischen Processen stets mit der Möglichkeit weitgehender Remission gerechnet werden muss, während die Diagnose Paranoia, wenn sie unter Ausschaltung aller Fälle symptomatischer Wahnbildung gestellt ist, im Sinne unserer Auffassung eine völlig ungünstige ist.

Die Unterscheidung wird noch dadurch erschwert, dass bei Paranoiafällen infolge von Sinnestäuschungen gelegentlich starre Haltungen zur Erscheinung kommen, welche mit katatonischen Spannungen eine gewisse Aehnlichkeit haben, während sie Ausdrucksbewegungen bei hallucinatorischen Zuständen darstellen. Ebensowenig, wie man aus einem ausgeprägten Katatoniefall wegen des intercurrenten Auftretens einiger Wahnbildungen eine Paranoia machen darf, ebensowenig erscheint es statthaft, Paranoiafälle, bei denen infolge von Sinnestäuschungen einige Haltungsanomalien vorkommen, zu dem Gebiet der Katatonie zu rechnen. Fasst man nicht blos ein momentan hervortretendes Symptom, sondern den ganzen Symptomencomplex und die Reihenfolge der Erscheinungen ins Auge. so wird sich die Unterscheidung in den meisten Fällen machen lassen.

6. Eine klinisch sehr wichtige, aber noch nicht geklärte Frage ist die, ob es neben den mit Sinnestäuschungen einhergehenden paranoischen Processen, welche in Schwachsinn endigen, eine selbständige Form von hallucinatorischer Psychose ohne Verwirrtheit mit Ausgang in völlige Heilung gibt. Eine Verwechslung mit dem als hallucinatorische Verwirrtheit bezeichneten Krankheitsbild kommt dabei nicht in Betracht, wenn auch bei diesem oft vielfache Wahnbildungen auftreten, da das wesentliche Symptom, die Verwirrtheit, kaum übersehen werden kann. Es kommen nur die Fälle in Frage, bei welchen Sinnestäuschungen meist des Gesichts- und Gehörssinnes mit Wahnbildungen ohne Störung des Selbstbewusstseins und der Orientirtheit auftreten, während die Stimmungslage entsprechend den Sinnestäuschungen bald traurig, bald heiter ist. In diesem Stimmungswechsel je nach dem Inhalt der Sinnestäuschungen liegt das differentialdiagnostische Moment gegenüber den mit ängstlichen Sinnestäuschungen einhergehenden Melancholiefällen. Man könnte für diese Gruppe den Namen hallucinatorischer Wahnsinn festhalten, worin prognostisch im Gegensatz zu der infausten Prognose der Paranoia etwas relativ Günstiges, wenigstens die Möglichkeit der Genesung ausgedrückt sein soll.

Es erweist sich jedoch ein grosser Theil der Fälle, welche in diesem Sinne diagnosticirt werden, schliesslich doch als paranoisch, d. h. mit chronischen Wahnideen behaftet, während es sich nur um zeitweilige Steigerungen der Sinnestäuschungen gehandelt hat. Andererseits stellt sich bei den Kranken dieser Art, welche nicht in Paranoia verfallen, manchmal eine toxische Grundlage der Sinnestäuschungen heraus; besonders kann Alkoholismus, speciell acuter Alkoholmissbrauch bei nervös Disponirten dieses Krankheitsbild bedingen. Schaltet man auch diese toxisch bedingten Formen des hallucinatorischen Wahnsinns aus, so bleibt zahlenmässig nur ein geringer Rest. Immerhin kann nicht geleugnet werden, dass, wenn auch sehr selten, Psychosen vorkommen, die in Bezug auf Sinnestäuschungen und Wahnbildung durchaus eine Paranoia darstellen, während sie zur völligen Heilung führen.

Zu beachten ist dabei Folgendes: Lässt sich in der Anamnese dieser Kranken das Vorkommen von einem oder mehreren Anfällen von Depression oder anderer Art von Geistesstörung ermitteln, so kann ein solcher Zustand von Sinnestäuschungen mit Wahnbildungen als eine Art Aequivalent im Ablauf einer periodischen Störung aufgefasst werden. Ferner ist die Art des Beginnes zu beachten. Bei der Paranoia geht stets eine Periode von Misstrauen und Eigenbeziehung voraus, während bei der erwähnten kleinen Gruppe die Sinnestäuschungen von Anfang an das wesentliche Symptom darstellen, von dem alles andere abhängt. Dabei ist die Abwesenheit aller Züge von Schwachsinn bemerkenswerth.

Praktisch kommt diese Beobachtung in Betracht bei der Frage der Unheilbarkeitserklärung. Diese sollte bei dieser klinischen Sachlage nur erfolgen, wenn neben Sinnestäuschungen und Wahnideen schon Zeichen von Schwachsinn vorhanden sind.

Aus diesen differentialdiagnostischen Betrachtungen ist zunächst unsere Stellung zu der Frage der acuten Paranoia ersichtlich. Je genauer man untersucht, desto mehr schrumpft die Zahl der für diese Gruppe brauchbaren Fälle zusammen. Fast immer lässt sich ein epileptischer, alkoholischer oder sonstiger toxischer Grund ermitteln. Bei dem Rest der Fälle erweist eine längere Beobachtung, dass es sich bei den acuten Erregungen um Steigerungen von langsam sich entwickelnden Wahnbildungen handelt, welche im Laufe von Jahren zu ausgeprägter Paranoia führen. Genauere Prüfung erweist ferner, dass die scheinbare Genesung öfter durch Dissimulation von Wahnideen vorgetäuscht wurde, welche in verdeckter Weise doch noch geäussert werden.

Ferner kommt in Betracht, dass Paranoische bei einem Aufenthaltswechsel zeitweilig viel ruhiger sind, weil zunächst die frühere paranoisch betrachtete Umgebung beseitigt ist. Allmählich wird aber durch die unaufhaltsame Wahnbildung die neue Umgebung ebenfalls in das Netz des Verfolgungswahnes verstrickt.

Bei dem Rest, der von der acuten Paranoia nach Abzug der symptomatischen Erregungen bei Epilepsie und Alkoholismus scheinbar bleibt, handelt es sich, wenigstens nach meiner Erfahrung, fast immer um Fehldiagnosen, indem die acute Erregung sich schliesslich als Episode eines chronischen Processes darstellt.

Wir betrachten also die Paranoia als einen chronischen Process, dessen wesentliches Moment in der fortschreitenden Wahnbildung besteht, und

zwar darf die Diagnose im strengen Sinne nur dann gestellt werden, wenn die Auffassung, dass die Wahnbildungen Theilerscheinung einer anderen Krankheit sind, ausgeschlossen ist.

Nach diesen Ausschaltungen kommen wir zur Darstellung der einzelnen klinischen Gruppen, wobei wir Fälle herausgreifen, bei denen die wesentlichen Symptome scharf hervortreten.

Praktisch sehr wichtig ist zunächst der chronische Verfolgungswahn. Meist entwickelt sich dieser sehr langsam, so dass lange Zeit eine ausgeprägte Krankheit nicht zu erkennen ist. Misstrauen, Reizbarkeit, starrsinnige Durchführung von wirklichen oder eingebildeten Rechtsansprüchen bilden die Einleitung.

Ueberall werden Chicanen und Feindseligkeiten gefunden. Es beginnen nun die bei Paranoischen sehr häufigen Abwehrhandlungen. Bei manchen Fällen bestehen diese zunächst in umfangreichen Eingaben an die Behörden, Beschwerdeschriften, öffentlichen Aufrufen. Man pflegt in solchen Fällen von Querulantenwahn zu sprechen, erweckt jedoch damit den Anschein, als ob dieser eine selbständige Krankheitsgruppe wäre. In vielen Fällen ist derselbe nichts als ein Vorstadium der Paranoia, während in anderen Fällen es sich um angeborenen Schwachsinn, epileptische Charakterveränderung oder andere klinische Formen handelt. Jedenfalls bedingt der Beginn der Paranoia oft einen ausgeprägt querulirenden Zustand.

Sodann treten Ideen auf, dass die Leute die Betreffenden scheel ansehen, Bemerkungen gegen sie machen, sie verspotten. Sie fühlen sich überall beobachtet, von Spionen und Verfolgern umgeben. Oefter explodirt der schon lange im Stillen genährte Verfolgungswahn in Vergiftungsideen. Manche Paranoische machen in diesem Stadium weite Reisen, die zum Theil das Motiv der Flucht haben. Dabei wirken die Collisionen mit der jedesmaligen Umgebung begünstigend in Bezug auf den Ortswechsel.

In diesem Zustand können die Kranken Jahre lang bei scheinbar ungetrübter Intelligenz verharren, während genauere Untersuchung zeigt, dass schon eine grosse Menge uncorrigirbarer Wahnideen besteht. In manchen Fällen werden diese systematisirt. Die einzelnen Momente werden in Beziehung gebracht, überall werden Verbindungen der verschiedenen Verfolger gefunden, die Personen einer neuen Umgebung werden allmählich damit in Beziehung gesetzt.

Dabei spielen Sinnestäuschungen, besonders akustischer Art, eine Rolle.

Nach mehr oder weniger langen Jahren zeigen sich die Spuren des Schwachsinns. Oft wird dieser durch stärkere Grössenideen eingeleitet. Allmählich wird die Verknüpfung der paranoischen Vorstellungen loser, die einzelnen Aeusserungen halten sich immer weniger in den Grenzen des Möglichen oder Wahrscheinlichen, die Begründungen werden immer mangelhafter. Dabei zeigt sich eine zunehmende Gleichgiltigkeit gegen alles, was nicht mit dem Wahn zusammenhängt. Damit geht ein Mangel an Uebung der Intelligenz und Auffassungsfähigkeit einher. Das Fehlen des Interesses veranlasst bei Prüfungen auf Intelligenzfunctionen oft noch schlechtere Resultate, als sie eigentlich zu erwarten wären.

Manchmal geht aus dem systematisirten Wahn eine Geheimsprache hervor, die immer verworrener wird. Schliesslich kommt dabei eine ganz

eigenartige sprachliche Verwirrtheit zustande, in der geheimsprachliche Sonderbarkeiten sich mit Resten von Wahnideen verbinden.

Ich gebe zunächst einen Fall, in welchem Eigenbeziehung und Gehörstäuschungen im Vordergrund stehen.

Peter C., 30 Jahre alt, aufgenommen in die psychiatrische Klinik in Giessen am 6. Mai 1901.

Keine hereditäre Belastung. Seit 1½ Jahren zunehmende Reizbarkeit und Nervosität. Glaubte, sein Chef zöge andere vor. Man chicanire ihn. Auf der Post sei ein Beamter, der seine Briefe öffne, um ihn beim Principal zu denunciren. Von der Nachbarschaft werde er mit Operngläsern und Fernrohren beobachtet, um jenem zu hinterbringen, was er treibe. Auch die Buben auf der Strasse verfolgten und beobachteten ihn. Im übrigen ganz geordnet, guter Arbeiter. Im Mai 1900 kam es durch die Verfolgungsideen zu einem Streit mit dem Chef, in dem er diesem mit Todtschiessen drohte.

Auch gegen die Frau paranoisch. Will sich scheiden lassen, glaubt sich von ihr betrogen. — Dies alles wird später dissimulirt. Er zeigt Gedankenlautwerden. Bei der Unterhaltung glaubt er Fragen des Arztes zu hören, die dieser nicht gestellt hat: „Was haben Sie da von Fangen gesagt?“ — „Haben Sie nicht eben von Fallenstellen gesprochen?“ Dann sagt er: Eben haben Sie gesagt: „Das ist der grösste Fehler, den Sie machen können!“ Das wird bestritten: „Ich weiss es ganz bestimmt, ich muss darauf bestehen. Erklären Sie mir, was Sie damit gemeint haben!“ Wird erregt gegen den Arzt. — Hallucinationen des Gefühls: Wird an beiden Armen elektrisirt von einem, der sich verborgen habe; ruft: „Ich fordere Sie auf, hervorzutreten! zum ersten, zum zweiten, zum dritten Male!“ Im Verlauf viele akustische und optische Hallucinationen. Glaubt, dass Patienten und Pfleger über ihn Bemerkungen machen.

In diesem Fall ist der Verfolgungswahn neben den Sinnestäuschungen das Wesentliche. Züge von Schwachsinn sind noch nicht da, werden aber allmählich hervortreten. — Im folgenden Falle spielt von vornherein der Grössenwahn eine wesentliche Rolle.

August T., 25 Jahre alt, aufgenommen am 5. September 1901.

Keine erbliche Belastung. Beginn vor 4 Monaten mit Beziehungs-, Verfolgungs- und Grössenideen. Vornehme Herren interessiren sich für ihn. Er erfährt seine hohe Abstammung theils durch Andeutungen einflussreicher Persönlichkeiten, theils durch „Stimmen“. Man verfolgt ihn auch deswegen, sucht ihn ins Gefängniss und ums Leben zu bringen, droht ihm mit Gift und Revolver. Aber er brauche nur mit seinen Beziehungen zu S. M. dem Kaiser hervorzutreten, dann haben alle Angst und thun ihm nichts mehr. In Giessen wird er in Haft genommen, da er auf dem Bahnhof einen Auflauf durch das Verlangen verursacht, einen Extrazug nach Berlin gestellt zu bekommen. Die Grössenideen treten immer mehr in den Vordergrund, der Schwachsinn nimmt zu.

Der Fall zeichnet sich durch raschen Verfall in Schwachsinn aus.

Bemerkenswerth ist manchmal das Anknüpfen der ersten Wahnbildungen an äussere Ereignisse.

Margarethe K., 51 Jahre alt, aufgenommen am 2. Mai 1901.

Vater starb durch Suicid. Beginn angeblich vor 1 Jahr nach dem gewaltsamen Tode ihres Hundes. Sie sei an dem Tod des Thieres schuld, alle Menschen tadelten sie ob ihres Verhaltens. Sie hört auf der Strasse: „Das ist die Frau!“ „Habt ihr sie jetzt verklagt?“ etc. Misstrauen gegen eine Mitbewohnerin des Hauses, dass die den Hund beiseite geschafft habe. Die habe ihr auch Quittungen gestohlen und wolle sie jetzt verklagen, die Rechnungen noch einmal zu bezahlen. Fürchtet, jeden Augenblick von der Polizei abgeholt zu werden. „Und das alles wegen dem Hund!“ Vorübergehendes Abblassen der Sinnestäuschungen und Ver-

folgungsideen in anderer Umgebung. Nach einigen Wochen ist es auch an anderem Orte wieder das Gleiche. In der Klinik schon am vierten Tag wieder Gehörstäuschungen. Ihr Sohn sei unten, sie höre seine Stimme, er sei krank. Nach einiger Zeit absolute Dissimulation.

Der Fall zeichnet sich abgesehen von der scheinbaren Art der Entstehung durch die vorübergehenden Remissionen bei Ortswechsel aus, während nach einiger Zeit die Sinnestäuschungen wieder auftreten.

Während hier der äussere Anlass nur ein zufälliges Zusammentreffen mit dem Beginn der Paranoia bedeutet, knüpft sich die Entwickelung dieser manchmal an stärkere Gemüthsbewegungen an.

Katharine H., 47 Jahre alt, aufgenommen am 6. Juni 1901.

Beginn vor 6 Jahren nach dem Tode der Mutter angeblich mit „Verwirrtheit". Dann von Zeit zu Zeit Aufregungszustände, schrie und schimpfte. In der letzten Zeit häufiger, auch wenn sie allein war und des Nachts. Jetzt kam die Krankheit zur weiteren Kenntniss durch einen Auflauf, den sie auf der Strasse verursachte. Ursache der Erregung war die Wahnidee, dass ihr vor 15 Jahren gestorbener Vater gar nicht todt sei, sondern er sei damals „geölt, geleimt und gefirnisst" worden und habe sich jetzt in den in der Nähe wohnenden Metzger N. verwandelt. Der sei jetzt ihr Vater. Dieser Vorgang sei „durch die elektrische Spannung" möglich. Stark ablehnendes Verhalten. Hallucinationen werden dissimulirt, sind aber sicher vorhanden. Sie lacht und spricht vor sich hin, sitzt lauschend da.

Hier ist in der verworrenen Art der Wahnbildung der schon weit vorgeschrittene Schwachsinn unverkennbar.

Eine grosse Rolle spielen öfter imperativische Sinnestäuschungen wie im folgenden Falle.

Georg J., geb. 1865, aufgenommen in die psychiatrische Klinik in G. am 11. Juni 1896.

Bruder der Mutter gemüthskrank, endete durch Suicid.

Patient ist Lehrer, leidet seit seinem 6. Jahr an Kopfschmerzen. Erste Zeichen der Erkrankung 1890. Verfolgungs- und besonders Beziehungsideen. Glaubt sich von den Leuten schief angesehen, weil er angeblich ein paar Glas Bier in einer Wirthschaft nicht bezahlt hätte; man spreche in der Kneipe über ihn und beurtheile ihn abfällig. Nach ½jährigem Aufenthalt zu Hause konnte er wieder 1½ Jahre Dienst thun, doch will er immer noch „Zeichen" bemerkt haben. Seit 4 Jahren thut er keinen Dienst mehr, „da er seinen Eingebungen nachkommen müsse". Er habe eine „wunderbare Stimme" im Kopf, die ihm Aufträge gäbe, z. B. er solle in einen Brunnen springen. Einmal wollte er sich auf eine solche „Eingebung" hin ertränken. Ein andermal hieb er sich den linken Zeigefinger ab, wozu er durch Zeichen, die ihm aus der Umgebung zukamen, aufgefordert wurde. Er sei durch diese Zeichen und Stimmen von Gott begnadet. System ist complet und wird hartnäckig festgehalten und weitergesponnen. Einen Versuch, mit einem kleinen Mädchen geschlechtlichen Umgang zu pflegen, erklärt er ebenfalls aus „Aufträgen". die ihm geworden, und durch deren Ausführung er sich „zum Beruf" ausbilden wolle.

Hier bilden die imperativischen Sinnestäuschungen eine fortwährende Gefahr für den Kranken und seine Umgebung.

Bemerkenswerth ist in manchen Fällen das Vorwiegen von Hallucinationen des Gemeingefühls.

Adam N., 27 Jahre alt, aufgenommen am 29. Juni 1898.

Erblich nicht belastet. Anfang Juni 1898 zeigten sich Sinnestäuschungen hauptsächlich in der Gefühlssphäre. Er bekomme eine elektrische Kugel ins Genick

geschossen, dass ihm die Luft vorne herauskäme. Seine Lungenflügel würden in die Höhe gehoben, man halte ihm sein Geblüt fest, die Kopfhaut würde ihm heruntergezogen, die Hirnschale nach vorwärts gedrückt, die Kinnbacken verschoben. „Während ich mit Ihnen spreche, pappeln Sie mir in die Fusssohlen hinein, es ist alles eiskalt." Ferner selbstgebildete Wörter: körperliche Ausdehnungskraft, Gedächtnissprocession, Stinksärge, Schnapsherzschlagstickfluss. Dabei auch Stimmen und optische Sinnestäuschungen.

Hier zeigt sich in sprachlicher Beziehung der beginnende Schwachsinn.

Noch mehr treten die sprachlichen Sonderbarkeiten in folgendem Fall hervor.

Emil T., 24 Jahre alt, aufgenommen am 10. November 1900.

Bruder des Grossvaters „verrückt" und tobsüchtig, starb in einer Anstalt. Zeigt ein deutliches System mit eigenthümlichen Wortdefinitionen:

Normaler Zustand = unbeeinflusstes Denken,
Gebet = eine kleine Anwandlung von Wahnsinn,
Andacht = grosse Anwandlung von Wahnsinn,
Religion = Geisteskrankheit,
Orthodoxie = höhere Stufe von Geisteskrankheit,
Fanatismus = höchste Stufe von Geisteskrankheit.

Dabei mischen sich psychiatrische Vorstellungen in seinen Wahn:

Es bestünden bei ihm „Erinnerungsperioden" und „Vergessenheitsperioden". Die beste Periode seines Lebens sei eine „Vergessenheitsperiode" gewesen, die 7 Jahre gedauert habe. Augenblicklich könne er alles sagen, da er in einer Erinnerungsperiode sei. Er verfüge über eine „unmittelbare Geistesanschauung".

Der starke Grössenwahn und die Spracherscheinungen deuten den Uebergang in Schwachsinn an.

In diesen Fällen sind die Symptome von Schwachsinn verschieden stark und in verschiedenen Stadien des Ablaufes aufgetreten. Es führt nun, wenn man den Gesammtbestand von paranoischen Störungen vergleicht, eine ununterbrochene Kette klinischer Erscheinungen von der Paranoia im eben entwickelten Sinne zu der Gruppe des primären Schwachsinns, welche man wegen der gleichzeitig vorhandenen Wahnbildungen als Dementia paranoides bezeichnet hat. Diese Bezeichnung umfasst die immer aus endogener Quelle entspringenden geistigen Schwächezustände, bei welchen eine Zeit lang paranoische Züge, auch Sinnestäuschungen neben den ausgeprägten Symptomen von Schwachsinn auftreten, jedoch rasch in dem Bilde des letzteren verschwinden. Trotz dieser klinischen Uebergänge erscheint es erlaubt, die Fälle, in denen längere Zeit Wahnbildungen überwiegen, als Paranoia von der Dementia paranoides abzusondern, wenn auch die Paranoia ebenfalls allmählich zu geistigen Schwächezuständen führt.

Dabei ist im Auge zu behalten, dass die Dementia paranoides meist in dem früheren Lebensalter von der Pubertät bis in die Mitte der Zwanzigerjahre auftritt, während die langsam sich entwickelnde Paranoia, besonders der chronische Verfolgungswahn, mehr dem mittleren und späteren Lebensalter angehört. Man könnte daher versucht sein, die Unterschiede der Verlaufsart mit dem Lebensalter bei dem Ausbruch in Verbindung zu bringen und einen Vergleich mit den epileptischen Erkrankungen anzustellen, bei denen ebenfalls der Verfall in Schwachsinn desto langsamer sich vollzieht, je später ein Individuum von der Krankheit betroffen worden

ist. Allerdings gibt es Ausnahmefälle, bei denen relativ junge Individuen verhältnissmässig lange reinen Verfolgungswahn zeigen, während gelegentlich auch im mittleren Lebensalter Paranoiafälle vorkommen, welche sich durch einen sehr raschen Verfall in Schwachsinn auszeichnen, so dass sie ganz an die Dementia paranoides erinnern.

Man thut also gut, praktisch die Unterscheidung der beiden Krankheitsgruppen festzuhalten, wenn auch manches für eine nahe Verwandtschaft derselben spricht.

Bei der angedeuteten Auffassung würde die Dementia paranoides das Bindeglied zwischen der eigentlichen Paranoia und der sogenannten originären Verrücktheit bilden. Letztere Bezeichnung umfasst die Erkrankungen, bei welchen schon sehr zeitig, meist in den ersten Schuljahren Wahnbildungen auftreten, die sich meist auf die Abstammung beziehen, und zwar vorwiegend im Sinne des Grössenwahns. Manchmal kann bei Kindern ein derartiger Gedankengang impulsiv als eine Art Einfall auftreten und wieder verschwinden, ohne dass eine Weiterbildung im paranoischen Sinne erfolgt. Meist treten jedoch darauf allmählich die Züge originärer Paranoia hervor, die wohl immer mit einem erheblichen Grad von Schwachsinn einhergeht.

Ueberblickt man die Gesammtheit der Paranoiafälle vom Standpunkt der Aetiologie, so ist ihr wesentlich endogener, beziehungsweise im Hinblick auf die schlechte Prognose degenerativer Charakter unverkennbar, d. h. sie brechen auf Grund angeborener Anlage aus und führen zu unheilbaren Zuständen geistiger Schwäche. Bei den scheinbaren äusseren Ursachen handelt es sich in Wirklichkeit fast immer nur um das Hervortreten der Prodromalsymptome bei zufälligen Gelegenheiten. Selbst bei den paranoischen Erkrankungen, bei denen infolge wirklicher Anfeindungen Gemüthserregungen vorausgegangen sind, ist das Ueberwiegen des endogenen Moments deutlich erkennbar, da eine grosse Menge von Menschen unter gleichen oder ähnlichen Verhältnissen nicht paranoisch werden, während sie den Kampf gegen die thatsächlichen Anfeindungen entschlossen durchführen.

Dieser Bedeutung der angeborenen Disposition entsprechend findet sich häufig bei Paranoischen eine verhältnissmässig starke erbliche Belastung in dem Sinne, dass in der Blutsverwandtschaft schon Fälle von Geistesstörung vorgekommen sind. Ferner lässt sich dieselbe meist auch vom Standpunkt der Individualpsychologie erkennen, indem sich psychopathische Züge bei dem betreffenden Individuum bis weit vor den Beginn der paranoischen Erkrankung zurückverfolgen lassen.

Allerdings kommt es vor, dass in einer scheinbar normalen Blutsverwandtengruppe vereinzelt ein Paranoiafall vorkommt, der zunächst vom Standpunkt der Hereditätslehre nicht begreiflich ist. Geht man jedoch den individualpsychologischen Momenten bei den Ascendenten genauer nach, so finden sich fast immer bei einzelnen Mitgliedern Sonderbarkeiten oder starke nervöse Züge, welche im symptomatischen Sinn Uebergänge zu der Psychose des Descendenten darstellen. Der geringe Rest von Fällen, bei welchen sich dies nicht nachweisen lässt, kann als endogene Variation in pathologischer Richtung bei einer bis dahin normalen Blutsverwandtschaft aufgefasst werden, darf keinesfalls als ein ernstliches Argument

gegen die endogene, beziehungsweise degenerative Beschaffenheit der Paranoia gelten.

Was die Therapie betrifft, so kann bei der Natur der Krankheit von einer solchen scheinbar überhaupt keine Rede sein. Es ist jedoch praktisch sehr zu beachten, dass neben der eigentlichen Paranoia bei den oben erwähnten Krankheitsgruppen Wahnbildungen als Symptome von anderweitigen Grundkrankheiten auftreten, welche zum Theil, wie z. B. Alkoholismus und Epilepsie, einer Behandlung zugänglich sind. Es fragt sich nun, ob nach Ausschaltung dieser Fälle bei der Paranoia im engeren Sinne wenigstens einige Symptome Gegenstand einer Behandlung sein können. Dies ist in Bezug auf den wesentlichen Vorgang, die Wahnbildung, nicht der Fall, da alle medicamentösen und psychotherapeutischen Mittel versagen. Der Versuch, die Wahnbildungen durch Zureden, Ablenkung oder logische Beweise zu beseitigen, ist völlig aussichtslos. Man sieht oft, wie besonders die Angehörigen vergeblich bestrebt sind, im Beginn der Krankheit auf die Wahnbildungen einzuwirken.

Differentialdiagnostisch kann ein solcher Versuch von Bedeutung sein, um psychogene Zustände, welche den Charakter der Beeinflussbarkeit haben, von paranoischen zu trennen. Bei letzteren ist alles Zureden nutzlos, wobei allerdings zu beachten ist, dass manchmal Paranoische auf das andauernde Einreden gegen ihre Wahnideen dadurch reagiren, dass sie dieselben dissimuliren.

Auch eine Herabsetzung der hallucinatorischen Erregungen durch irgend welche medicamentöse Mittel ist, abgesehen von der Erzielung von Schlaf, kaum möglich, während symptomatisch ganz ähnliche Zustände, wenn sie auf Grund von anderen Krankheiten, z. B. Epilepsie, zustande kommen, durch regelrechte Behandlung, z. B. Brom, wesentlich beeinflusst werden können. Dabei kommt die paranoische Abneigung gegen Medicamente auf Grund von Vergiftungsideen praktisch sehr in Betracht.

Ebensowenig ist der Verfall in Schwachsinn durch irgend eine Methode aufzuhalten. Es tritt eben in allen wesentlichen Punkten auch in der Verlaufsart des einzelnen Falles das endogene Moment in den Vordergrund. Dass z. B. Demenzprocesse unter Bettbehandlung rascher von statten gehen als ohne diese, ist ebenso wenig erwiesen wie die Annahme, dass sich der Verfall in Schwachsinn bei Verfolgungswahn durch irgendwelche Mittel verzögern lässt.

Nur ein Moment scheint im Ablauf der Paranoia die Symptome vorübergehend etwas bessern zu können, nämlich Wechsel des Aufenthaltsortes. Oefter sieht man auch bei ausgeprägten Fällen unter veränderter Umgebung die Wahnbildung zeitweilig etwas zurücktreten. Nach einiger Zeit bricht jedoch die unaufhaltsame Wahnbildung wieder hervor und zieht auch die neue Umgebung wieder in ihren Kreis. Es handelt sich also hierbei nur um Episoden im Ablauf des degenerativen Processes.

Aus dieser Betrachtung ergibt sich, dass die Anstaltsbehandlung bei der Paranoia nur ein Nothbehelf sein kann, zu dem erst gegriffen werden darf, wenn das Leben in der freien Gemeinschaft durch die für die Umgebung gefährlichen Aeusserungen der Krankheit unmöglich geworden ist. Nicht in der Wahnbildung als solcher, sondern in ihrer gemeingefährlichen Wendung liegt bei Paranoia die Indication zur Anstaltsbehandlung. Dieser Satz ist für die Prodromalstadien von manchen Fällen von Verfolgungswahn

wichtig, bei denen die frühe Verbringung in eine Anstalt mit der Trennung von den Angehörigen, dem Beruf und der bürgerlichen Freiheit eine Härte bedeuten würde, wenn dieselbe nicht durch Bedrohung der Umgebung unvermeidlich wird.

In der Anstalt selbst ergibt sich die schwierige Aufgabe, den Paranoischen noch so viel Freiheit zu lassen, als mit der Sicherheit der Umgebung irgendwie verträglich ist. Dabei handelt es sich darum, Streit mit anderen Kranken, welcher infolge paranoischer Wahnbildungen leicht möglich ist, zu vermeiden. Man muss dabei die Gruppirung der Kranken in den einzelnen Stationen sehr beachten und durch Verlegungen innerhalb der Anstalt den Ausbrüchen paranoischer Abneigung vorzubeugen suchen. Dabei sollen die Arbeitskräfte des Kranken, soweit dieselben nicht in dem fortschreitenden Schwachsinn untergehen, zur Anwendung gebracht werden, da durch Beschäftigung wenigstens zeitweilig eine Ablenkung von den Wahnideen stattfindet.

Zweifellos ist das Capitel der Paranoia das trostloseste in dem dunklen Gebiet der Geistesstörungen, da aus dem degenerativen Charakter der Krankheit die völlige Machtlosigkeit der Therapie entspringt und wir Aerzte gezwungen sind, im wesentlichen nur Zuschauer des unaufhaltsam fortschreitenden Processes zu sein.

Nichtsdestoweniger ist die ärztliche Wissenschaft in diesem Gebiete durchaus nöthig, nicht nur um die Diagnose der Krankheit rechtzeitig zu stellen, sondern auch um bei der Behandlung alles zu vermeiden, was der eingebildeten Anfeindung eine wirkliche Qual für den Kranken hinzufügen könnte.

10. VORLESUNG.

Die Imbecillität.

Von

C. Moeli,

Berlin.

Meine Herren! Die Kranken, welche Sie in den letzten Stunden gesehen haben, boten ein Gemeinsames. Sie waren theils noch in jugendlichem Alter, theils über die Pubertät hinaus gelangt, bei allen aber liess sich das Bestehen von Abweichungen auf psychischem Gebiete bis in die Jahre der Entwicklung zurück verfolgen.

Es handelt sich um die sog. Imbecillität*, eine Abweichung in der Entwicklung der seelischen Thätigkeit.

Der Name „angeborene Geistesschwäche" ist für die Erkrankung weniger zutreffend. Er umfasst nicht alle Formen, denn die Störung braucht nicht gerade schon vor oder von der Geburt an zu bestehen, sondern kann sich auch noch später einstellen.

Ebenso liegt nicht immer eine mangelnde Entwicklung vorzugsweise auf intellectuellem Gebiete — etwa in einem Gegensatze zur Gemüthsthätigkeit — vor, vielmehr ist letztere stets und manchmal in ausschlaggebender Weise betheiligt.

Sie wissen, dass tiefgreifende Fehler in dem Aufbau des Gehirns klinisch als Idiotismus zu Tage treten. Häufig sind dabei Störungen der Sinnesorgane, der Bewegungen, namentlich auch der Sprache vorhanden. Missbildungen des Schädels und anderer Körpertheile, Verkrüppelung der Extremitäten und ähnliches finden sich in zahlreichen Fällen. Der Idiotismus ist in mehrfacher, besonders auch in pathologisch-anatomischer Hinsicht ein Gegenstand von hohem Interesse. Klinisch aber tritt seine Bedeutung ausserordentlich zurück gegenüber der Krankheitsform, wo die in der Entwicklung eintretende Schädlichkeit zwar ebenfalls dauernde, aber weniger tiefgreifende Veränderungen des Gehirns herbeiführt. Diesen Personen ist nicht, wie meist den Idioten, schon äusserlich sichtbar der Stempel des Unvollkommenen aufgedrückt.

Auch für die Entstehung solcher weniger auffälligen Abnormitäten müssen wir im grossen und ganzen Vorgänge verantwortlich machen, wie sie dem Idiotismus zu Grunde liegen.

* Imbecillus: angeblich der eines Stabes (Bacillus) Bedürftige.

Es sind dies: erbliche Belastung, Alkoholismus, Lues und andere chronische Vergiftungen und Krankheiten der Erzeuger, besonders der Mutter in der Schwangerschaft. Dann Schädigungen des Kindes durch Verlängerung der Geburt und durch Asphyxie, weiterhin Kopftraumen, schwere Ernährungsstörungen und Infectionskrankheiten des frühen Kindesalters. Direct benachtheiligend wirken Meningitis und Herderkrankungen des Gehirns.

Die Krankheit kann sich nicht nur in gradweiser Abstufung, sondern auch in ihren einzelnen Formen verschieden zeigen, wie Ihnen die vorgestellten Kranken bewiesen haben und wie nun ein Rückblick auf sie uns deutlich machen wird.

Zunächst wollen wir uns den Gang des normalen geistigen Wachsthums wenigstens in grossen Zügen vergegenwärtigen.

Das neugeborene Kind ist entsprechend der Unvollkommenheit der Grosshirnrinde ohne Bewusstsein. Erst allmählich bildet es aus Anlass von Empfindungen Vorstellungen. Das Begriffsleben erwächst aus der Sinnesthätigkeit: Erregungen von der Netzhaut, Bewegungs- und Stellungsempfindungen, namentlich von Glieder- und Augenmuskeln ausgehend, Gehörs- und Hautgefühlseindrücke wirken zusammen. Meist sind Wahrnehmungen von verschiedenen Sinnesgebieten aus zur Begriffsbildung erforderlich. Das taube oder blinde Kind vermag daher nicht in der Ausbildung des Geistes mit dem unversehrten Genossen Schritt zu halten.

Von allen Begriffen, die das Kind bildet, ist der wichtigste der der eigenen Persönlichkeit, des „Ich", als Gegensatz zur Aussenwelt. Er entsteht durch die Wahrnehmung von Unterschieden bei der Sinneserregung aus dem eigenen Körper und der durch fremde Gegenstände erzeugten. Namentlich aber gehen die Gefühle der Lust und Unlust sehr innige Verbindungen mit den Allgemeingefühlen und den sonstigen Empfindungen von dem eigenen Körper ein. Ganz allmählich bildet sich so die Vorstellung: „Ich bewege, ich fühle" u. s. w.

Dieses Ich des ersten Kindesalters ist ein aus verhältnismässig einfachen Erregungen hervorgegangenes Gebilde. Man hat das Kind in diesem Abschnitt parasitär genannt, jedenfalls sind alle psychischen Processe wesentlich an Lust- und Unlustgefühle einfachster Art gebunden, Hunger, Wärmebedürfnis und sonstige Empfindungen lösen auf lange hinaus triebartig die Bewegungen aus.

Wenn wir nun die Weiterentwicklung einerseits nach der intellectuellen, andererseits nach der gemüthlichen Seite hin uns ansehen, so muss ich dabei von vornherein darauf hinweisen, dass solche Betrachtung auf einer künstlichen Trennung beruht. In der natürlichen Entwicklung vollzieht sich der Fortschritt auf beiden Gebieten in inniger Verbindung. Wir werden bald bemerken, dass die normale Weiterbildung sogar zu einer völligen Verschmelzung intellectueller und gemüthlicher Erregungen bei den höheren Begriffen und den wichtigsten psychischen Leistungen führt und dass das voll entwickelte Vorstellungsleben geradezu auf ausgiebiger und richtiger „Gefühlsbetonung" beruht.

Lediglich um die Betrachtung zu vereinfachen, wollen wir kurz unser Augenmerk zunächst erst auf die eine, dann auf die andere Reihe der Vorgänge, auf die Begriffs- und die Gefühlsausbildung richten.

Die Bildung der Begriffe geschieht grösstentheils durch Unterscheidung, welche durch das ganze Leben hindurch fortschreitend, aus den

wenigen früh vorhandenen Massenbegriffen allmählich immer mehr Einzelbegriffe abspaltet. Ob das Kind aus „Onkel“ und „Tante“ (als Begriff für grob unterschiedene Gattungen) allmählich die einzelnen erwachsenen Individuen seiner Umgebung erkennen lernt oder ob wir später erfahren, welche Thiergattungen runde, ovale, kernhaltige Blutkörperchen haben oder wie sich die chemische Zusammensetzung dieser oder jener Zuckerart verhält, der Vorgang bleibt wesentlich derselbe. Er kann nicht stattfinden ohne Gedächtnis, welches der neuen Wahrnehmung ein Erinnerungsbild oder Begriff als Anhalt und zum prüfenden Vergleiche darbietet. Ist aber Gedächtnis und Wahrnehmung gegeben, so kann der Process einsetzen, welcher die Zahl der Begriffe vervielfältigt oder durch Erregung einer grossen Zahl von Theilbegriffen bei einem Gegenstand ihn weiterhin zu einem zusammengesetzten bald mehr mit dieser, bald mehr mit jener Seite im Bewusstsein hervortretenden Begriffe macht.

Die Wahrnehmung eines Gegenstandes (oder die Begriffserregung durch das Wort), z. B. „Blut“, erregt nur wenige Vorstellungen beim Kinde und beim Naturmenschen, sie kann das vielfache anregen bei dem Physiologen und — durch die in der Sprache erfolgte Uebertragung anderer Begriffe auf denselben Wortklang — bei jedem Gebildeten.

Neben der Begriffsbildung durch Unterscheidung kommt auch eine solche durch Zusammenfassen verschiedener Begriffe nach Uebereinstimmung der Eigenschaften u. s. w. zu einem gemeinsamen, einem Ordnungsbegriff vor: Schaf, Kuh, Pferd zum „Thier“.

So entstehen die Begriffe nach einander, aber immer durch Verbindung mit einander. Die Voraussetzung einer richtigen Begriffsbildung ist die genügende Beziehung zu bereits vorhandenen und festgegründeten. Nur diese Anfügung und Verschmelzung sichert Richtigkeit und Genauigkeit der Vorstellungen.

Zum Begriff des Eies gehört der des Huhns, zum Begriff des Baumes (weiterhin) der des Holzes mit seinen unzähligen Nebenbeziehungen als Feuerungs-, Arbeitsstoff, als Gegensatz zu Stein und Metall.

Es gibt einen von anderen ganz unabhängigen Begriff überhaupt nicht, denn nur aus Gegensatz oder Uebereinstimmung oder in irgend einem Verhältnisse kann er entstehen. Eine gute Fassungsgabe ordnet also das Wahrgenommene an richtiger Stelle und mit richtiger Bedeutung für die Vorstellungsverbindung ein oder unter.

Hierzu gehört aber eine gewisse Dauer des Vorstellens, die beim Auftauchen eines neuen Begriffes oder bei weiterem Anklingen seine Stellung im Gesammtdenken festlegt und ihn zu einem brauchbaren Elemente des Vorstellens macht.

Nun sehen wir schon bei diesem einfachen Vorgange die uns beschäftigende Störung einsetzen.

Während beim Idioten immer eine Verminderung der Zahl, u. U. selbst der einfachsten Vorstellungen und namentlich der abstracten Begriffe vorliegt, ist bei dem Imbecillen die Zahl der geläufigen Begriffe nicht oder wenigstens nicht wesentlich beschränkt.

Wo letzteres trotz guter Lerngelegenheit in deutlichem Maasse hervortritt, wo also nicht die Dinge des gewöhnlichen Lebens, entsprechend der Bildungsstaffel der Person wenigstens äusserlich bekannt sind, wo namentlich Zahlenverständnis und ähnliches beeinträchtigt ist, können wir

immer nur von Idiotismus sprechen. Dagegen überwiegt beim Imbecillen über die Beschränkung der Zahl bei weitem der Mangel in der richtigen Verbindung der Begriffe.

Nach dem Gesagten ist dies kein Gegensatz, vielmehr bedingt Erschwerung der Verbindung auch Begriffsmangel. Die Vorstellungsthätigkeit genügt aber doch, um von den meisten Gegenständen des täglichen Lebens Begriffe zu erwerben. Stetigkeit und Höhe der Erregung reichen aber nicht aus, die Gedankenreihen in der Vollständigkeit zum Ablauf zu bringen, dass durch mehrfache Verbindungen und sich logisch entwickelnde Schlüsse eine gründliche, nicht einseitige Auffassung des Gegenstandes erreicht wird. Hierfür ist der geistig schwach Entwickelte nicht dauernd genug bei der Sache und bleibt in der Genauigkeit der Begriffe und in der Leichtigkeit und Vollständigkeit der Verbindung beschränkt. Die Erschwerung des Anklanges vermindert ihre Verwendbarkeit.

Meine Herren! Von allen Arten dieser Verbindung der Begriffe — „Association" — ist die wichtigste — wichtiger als die nach gleichzeitigem Eintreten oder durch Erregung des Gegensatzes — die von Ursache und Wirkung, das „Warum?", die Causalität und das „Wozu?", die Frage nach dem Zwecke.

Diese Associationen bedingen vornehmlich den geistigen Fortschritt beim Kinde wie beim Erwachsenen, sind die Quelle der Neugier wie des Wissensdranges. Sie würden aber diese Rolle nicht spielen, wenn nicht ein eigenthümliches Gefühl sich mit ihnen verbände, eine Art von Spannung, die im Ablaufe der Vorstellungsreihe gelöst wird. Man sollte die manchmal ermüdenden Fragen des Kindes gern über sich ergehen lassen angesichts der Beziehung der Intelligenz zu diesem wichtigen Gefühle. Es ist das „Interesse", das so wesentlich in die Ausbildung der Vorstellungsthätigkeit eingreift.

„Wissbegierde" setzt sich aus Bezeichnungen für Denk- und Gefühlsprocesse zusammen. Und, gehen wir der Sache noch weiter nach, so finden wir als Voraussetzung für die Entstehung associativer Thätigkeit überhaupt, also auch für das Interesse bei den Fragen nach Warum? und Wozu? einen anderen Zustand: die Aufmerksamkeit.

Was das Fehlen solcher Gefühlsregungen für ein sich entwickelndes Geistesleben bedeutet, das können Sie kaum hoch genug anschlagen.

Nehmen Sie ein recht grobes Beispiel: Ein geistesschwacher, aber mit normalen Sinneswahrnehmungen versehener Mensch hört einen Schuss. Er nimmt ihn als solchen wahr, unterscheidet ihn von anderen Geräuschen, aber damit ist seine geistige Thätigkeit aus Anlass dieses Sinneseindruckes beendet.

Der Geistesgesunde dagegen muss sich fragen, wo der Schuss gefallen ist, wozu er gedient hat, er wird — je nach den Verhältnissen der Umgebung — sich umsehen und umhören, Ueberlegungen verschiedener Art anstellen, in ihrer Bedeutung prüfen und abweisen. Um das ihm zur Lösung der entstandenen Spannung in ein Gefühl des Ausgleichs nöthige Urtheil zu erlangen, wird er vielleicht nach der Richtung des Schusses hingehen, jedenfalls seine Wahrnehmungen vermehren und Erwägungen in ganz anderem Umfange als der Schwachsinnige geistig verarbeiten.

Dadurch prägt sich ihm der Vorfall in seinen Einzelheiten ein, durch seine „Aufmerksamkeit" nimmt er nicht nur unmittelbar mehr

wahr, sondern er fügt auch in dem Bedürfnis nach Aufklärung Gedanken und Vermuthungen in die Wahrnehmungen ein und behandelt das Ganze vom Standpunkte seiner Erfahrung derart, dass dieser Schuss für ihn zu einem Erlebnis wird.

Damit erwirbt er Erinnerung nicht nur für Zeit und Ortsumstände, sondern auch für seine inneren Vorgänge, den Ablauf seiner Vermuthungen, für seine schliessliche Meinung. Und nur wenn im weiteren Leben frühere Denkprocesse wieder angeregt und verwandt werden, kann er erkennen, ob er richtig oder unrichtig urtheilt.

Nur so kann er für die Zukunft Nutzen von solchen Vorfällen haben und in Auffassung und Urtheil sich vervollkommnen. Der geistig Schwache dagegen sieht und hört zwar, wird aber nicht durch Gefühl zum Nachdenken getrieben, er verarbeitet die Wahrnehmungen nicht, erfasst deshalb die Dinge nicht genauer bezüglich der Entstehung, der Folgen, des Zusammenhanges und so bleibt ihm oft gerade das Wichtigste unbekannt.

Natürlich ordnet er die lose verknüpften Gegenstände in seinem Gesammtwissen nicht richtig nach Beziehung und Werth ein, sie treten nicht in Wechselwirkung mit den schon vorhandenen Begriffen, vervollständigen sie nicht durch neue Verknüpfungen, werden auch ihrerseits nicht wachgerufen, wenn die älteren Begriffe ins Bewusstsein treten. Er vermag also nicht allgemeinere Erfahrungen zu sammeln, in seinen Anschauungen zu reifen und einen gesicherten Standpunkt durch Erkenntnis des inneren Zusammenhanges zu erlangen. Er kommt auch nicht zur Bildung eines Charakters, der nach bestimmten Grundsätzen und nach in ihrer Stärke der Wirklichkeit entsprechenden Motiven sein Handeln gegenüber äusseren Anlässen regelt. Daher ist er unzuverlässig, unselbständig, in seinen Entscheidungen vom Zufälligen, Nebensächlichen abhängig.

Die Schwierigkeit für den Schwachentwickelten, andere als sehr leichte Associationen zu bilden, merken wir bei schweren Fällen manchmal schon aus der Art, wie er langsam, oft durch Wiederholung der Frage Zeit und den Reiz des nochmaligen Hörens und des Nachsprechens instinctiv gewinnend, uns antwortet. Keine Frage und Antwort stellt dabei im Bewusstsein die nächstliegenden Begriffe bereit.

Gegenüber dem Gesunden, der bei jeder Frage denkt: warum fragt der so? oder der in seiner Antwort oft schon den Gedankengang des Fragenden und damit erst beabsichtigte Fragen berücksichtigt, werden im wesentlichen nur die unmittelbar zugehörigen Vorstellungen wach. Das erkennen wir auch aus der Verständnislosigkeit des Schwachentwickelten für Ironie. Jeder weiss, wie häufig sehr dumme Menschen in dieser Weise aufgezogen werden. Bei der Ironie wird den Worten ausnahmsweise der dem gewöhnlichen entgegengesetzte Sinn untergelegt und die Möglichkeit, dies zu thun, bildet den Reiz bei der Anwendung.

Der Geistesschwache kann diesen versteckten Sinn nicht herausfinden, er nimmt alles nach dem gewöhnlichen Wortlaute, weil sein Urtheil zu schwach ist, um von dieser nächstliegenden, hier aber nach Lage der Sache unrichtigen Auffassung ihn abzuhalten.

Die geringe Ausbreitung der Vorstellungsthätigkeit führt zur Leichtgläubigkeit und der ausserordentlichen Beeinflussbarkeit durch Einreden seitens anderer. Auch der gewöhnliche Urtheilsmangel kann eine Art von Leichtgläubigkeit sein. Das am deutlichsten zu Tage Tretende einer Situation

gibt ohne weiteres den Ausschlag, ebenso wichtige, aber äusserlich weniger eindrucksvolle Eigenschaften werden nicht appercipirt. In dem schon wieder anderweit abgelenkten Denken fehlt zur Berichtigung des mangelhaften Urtheils der Zweifel und so unterbleibt die Erkenntnis des Wesentlichen. Die Auffassung ist um so eher verfehlt, je mehr ein Urtheil erfordert wird, das von einer Erkenntnis der inneren Verwandtschaft, nicht der äusseren Aehnlichkeit ausgehen muss und daher Gedankenerregung bis in fernere Gebiete erfordert. Sind nun gar Wünsche oder Begierden im Spiel, so ist von Für und Wider überhaupt keine Rede. Die Gegenvorstellungen sind, zumal bei der geringen Tiefe der Aufmerksamkeit, zu schwer beweglich; erst wenn ein anderer helfend eingreift oder der Misserfolg sie erregt, also öfter nachträglich, aber nicht vor dem Handeln, erweisen sie überhaupt ihr Dasein.

Auf mangelhaftem Hervortreten der wichtigen Associationen beruhen auch die unrichtigen, ja entstellenden Angaben solcher Kranken. Zur Lüge fehlt die mala fides, nur Ungenauigkeit der Auffassung, daher Schwäche der Erinnerung liegen vor. Zur Lüge wird aber die unrichtige Angabe leicht, häufig schon durch den Wunsch, dem Frager jedenfalls zu antworten, um nicht Tadel oder Mühe zu haben (wobei kein Gefühl der Verantwortlichkeit auftaucht) oder durch die Absicht, sich in ein vortheilhaftes Licht zu setzen. Mit letzteren Vorgängen sind wir aber schon an Züge im Bilde des Schwachentwickelten gelangt, die wir nicht mehr ohne Würdigung der Gefühlsthätigkeit betrachten können. Immerhin ist es uns jetzt klar geworden, wie irrthümlich es wäre, den Umfang der Geistesthätigkeit nur nach Leistungen zu bemessen, wofür eine mechanische Benutzung des in das Gedächtnis aufgenommenen Stoffes genügt. Nicht auf das eingelernte Hersagen auf gewohnte Fragen kommt es an, sondern auf die geläufige Verwendbarkeit des Vorstellungsinhaltes, auch in neuen Verbindungen. Einfache Vorstellungen, allgemeine Wahrheiten und Grundsätze müssen auf gewöhnliche Reize hin auftreten, gewissermaassen zu einem Theil des Heranwachsenden werden und mühelos, wie ein Glied des Körpers gewohnte Bewegungen ausführt, zu Gebote stehen. Wir werden bei Besprechung der Diagnose nochmals zu erwähnen haben, wie auf Grund einiger Antworten auf Fragen nach auswendig gelernten Kenntnissen die geistige Thätigkeit des Kranken oft weit überschätzt wird. Es geschieht dies um so leichter, als das Gedächtnis für gewisse Dinge in vielen Fällen von mässiger Imbecillität nicht geschwächt ist. Ist es doch erwiesen, dass manche ausgesprochen geistesschwache Personen ein besonders umfassendes Wort- und Datumgedächtnis haben, einzelne sogar als Rechenkünstler auftraten.

Meine Herren! Wir hatten gesehen, dass alle Begriffe zunächst aus den Sinneserregungen hervorgehen (daher auch die übertragene Bedeutung des „Begreifens"). Später als diese Empfindungen entwickeln sich die höheren Gefühle und so kommt es, dass die hiermit zusammenhängenden Vorstellungen später gewonnen, aber auch für das Leben besonders wichtig sind.

Ursprünglich können sich Lust- und Unlustgefühle nur an rein sinnliche Erregungen anschliessen. Es ist Aufgabe der Erziehung, Lust und Unlust, Spannung und ähnliches mit anderen als den elementaren Trieben entsprechenden inneren Vorgängen zu verbinden. Man unterscheidet bekanntlich zwischen egoistischen und altruistischen Gefühlen. Durch Erweckung von Mitgefühl wird die Berücksichtigung des fremden Wohles

mit stärkeren Lustgefühlen versehen als die unbedingte Befriedigung eines niederen egoistischen Triebes.

Der Egoismus wird also auf eine höhere Bahn gelenkt, wenn das Kind etwas abgibt, weil die Befriedigung bei dieser Handlung die Unlust der Entsagung überwiegt. So kommt es zum „Geben ist seliger denn Nehmen", zur Nächstenliebe u. s. w.

Es gibt eine Reihe von Vorstellungen (namentlich auch abstracten), zu deren voller Erregung eine gleichzeitige Gefühlsbewegung dieser Art gehört. Im Begriffe der Eltern z. B. liegt mehr als die Vorstellung der Eigenschaften, durch welche die Eltern äusserlich oder als hilfreiche, erhaltende Personen von anderen sich unterscheiden. Gefühle für Ehre, Vaterland, Freiheit, Menschlichkeit und ähnliche bestimmen das Handeln des Vollentwickelten und lassen die Rücksichten auf materielles Wohlergehen, ja auf die Erhaltung der Existenz überwinden. Weil das Wollen wesentlich von der Gefühlsbetonung der Vorstellungen abhängt, werden die so veränderten Strebungen dazu führen, dass sociales Zusammenleben, Verbindung zu gemeinsamer Vervollkommnung möglich wird.

Die Veredelung der Gemüthsthätigkeit, welche eine solche Umwerthung der Begriffe und Bestrebungen herbeiführt, ist aber nur möglich bei einem nicht zu niederen Grade von Bildungsfähigkeit des Gehirns.

Ein Kind kann in den ersten Jahren durch Furcht vor Strafe oder durch eine über das Maass des Verzichtes hinausreichende Belohnung zunächst zur Zurückdrängung unsocialer Handlungen gebracht werden. Bleibt es jedoch bei diesem Vorgange, so wird nur ein der Abrichtung der Thiere ähnlicher Standpunkt erreicht, der nicht genügt, das Handeln auch dort richtig zu gestalten, wo die Furcht vor üblen Folgen oder der unmittelbare Nutzen nicht die niedrig eigensüchtigen Begehrungen zurückhalten, oder wo das gewohnheitsmässig richtige Verhalten wegen veränderter äusserer Umstände ins Schwanken geräth.

Viele schwach Entwickelte, meine Herren, bleiben auf so einem Dressurstandpunkte stehen, sie kommen über das „lass dich nicht erwischen" des ungezogenen Kindes nicht hinaus. Beim voll sich Entwickelnden dagegen wird die Beziehung der höheren Gefühle zu den Handlungen eine immer ausgedehntere. Die ethischen, religiösen, moralischen Erregungen gewinnen allmählich den Haupteinfluss und die sie begleitenden Lust- und Unlustempfindungen verbinden sich mit dem Ichgefühl in der Art, dass nur bei richtigem Handeln das letztere ungestört, als subjective Befriedigung, mitklingt.

Die höheren Gefühle bilden also gewissermaassen Schutzvorrichtungen für das gehobene Ich; indem durch ihre Verletzung ein Unlustgefühl entsteht („schäme dich"), wirken sie vorbeugend wie der körperliche Schmerz bei unrichtigem Verhalten des Kindes. Ausserdem aber treten an Stelle der Befriedigung mehr thierischer Bedürfnisse auf dem Boden dieses Gemüthslebens positive Impulse auf Handlungen im Sinne des bessern Ich hervor, die, unabhängig von der Frage des Nutzens oder Schadens, bestimmend eingreifen.

Daher fühlt der richtig Erzogene nicht allein Unlust bei Handeln gegen die Grundsätze des Rechts, sondern es führen weitere Gefühle, Anhänglichkeit, Menschenliebe und ähnliches, über das durch die staatliche Festsetzung des Rechtes gebotene Verhalten noch hinaus.

Das Staatsgesetz stellt nur die zum Zwecke socialen Lebens unvermeidliche Einschränkung des egoistischen Strebens des Einzelnen dar. Daneben aber bestehen die Gebote der Bildung, des Taktes, des Anstandes, der Gesellschaft, die — mit oder ohne Zugehörigkeit zu bestimmten Ständen — auf Erfüllung der Forderungen eines erhöhten Selbstgefühles (im guten Sinne) wirken, so dass unsere Handlungen nicht nur gesetzlich zulässig, sondern auch ehrenhaft und rücksichtsvoll, anständig, fair sein müssen.

Diese Ueberlegungen, meine Herren, ergeben, dass der sociale Werth des Heranwachsenden nicht weniger von der Gemüths- als von der Verstandesentwicklung abhängt. Ohne Verlegen der Lustgefühle auf höheren Boden, ohne Mitgefühl u. s. w. ist die Sicherung für richtiges Handeln eine unvollkommene. Für gewöhnlich muss beim voll Entwickelten das Wollen auch ohne lange Ueberlegung, mehr unbewusst vermittelst der Gefühlsbetonung, sozusagen automatisch, ins richtige Gleis gelenkt werden.

Jedenfalls haben die Ihnen gezeigten Beispiele dargethan, wie das Gemüthsleben immer — und häufig in ganz besonderer Weise — betheiligt war und wie gerade die wichtigsten Fälle die Störung vorwiegend auf gemüthlichem Gebiete darbieten können.

Wenn Sie nun, meine Herren, in den Anstalten für Geisteskranke und namentlich unter den Ihnen hier vorgestellten Kranken verhältnismässig viele Personen mit mangelnder Entwicklung vorwiegend nach der Seite der Gemüthsthätigkeit hin finden, so müssen Sie deshalb nicht glauben, das sei der häufigste Typus des von Jugend auf Geistesschwachen. Diese Fälle wurden hervorgehoben, weil sie zum Theil schwieriger zu erkennen und wegen gewisser Eigenschaften für die Gesammtheit bedeutungsvoller, auch in gewisser Weise hilfsbedürftiger als die übrigen sind.

Bei der grossen Menge der Schwachentwickelten bleibt das Verstandes- und das Gefühlsleben ziemlich gleichmässig zurück.

Die Stimmung ist gleichgiltig oder sehr oberflächlich, schwankt leicht hin und her zwischen Befriedigung und Missmuth. Feste Beziehungen zwischen dem Vorstellungsinhalte und den Affecten sind nur in den eigenen Interessen einfacher Art geknüpft. Ehrgefühl, Schamgefühl zeigen geringen Einfluss, Freude am Aesthetischen, Lustempfindung an Lösung geistiger Aufgaben, Gehobensein durch die Eindrücke von Kunstwerken, stimmungsvollen Landschaften, Anregung von Idealen durch die Poesie tritt nicht auf. Solche wenig erregbare Schwachentwickelte entbehren der geistigen und gemüthlichen tieferen Bewegung. Aber damit fehlt auch die Quelle vieler Ansprüche und manchen Verlangens und bei Fernbleiben von Noth und Verführung werden die unversuchten Kranken bei einem beschränkten Wirkungskreise und in einfachen Verhältnissen dahinleben, im allgemeinen gutmüthig, ohne Ueberschreiten der gesetzlichen Schranken.

Selbst bei diesen wenig erregbaren Kranken aber ist das oft nur fremder Fürsorge zu verdanken. Sie erinnern sich des jetzt 30jährigen Menschen, gelernten Buchbinders, der infolge günstiger Schul- und Familienverhältnisse ein nicht unbedeutendes Begriffsmaterial erworben hatte. Dabei zeigte sich jedoch dieser Vorstellungsschatz nur unter den leichtesten Bedingungen verwendbar, ein Zahlenbegriff, z. B. bei Addition, blieb aus, wenn nicht die unmittelbare Anregung durch Nennen der Zahlen in der Frage gegeben war und wenn der Begriff mit einem anderen verbunden

werden musste. Der Kranke wusste also wohl 18 und 21 zu addieren, aber nur schwierig das Datum drei Wochen nach dem 18. des Monats zu finden und Jahreszahlen zurückzurechnen.

Stark trat die Gleichgiltigkeit gegen die Angehörigen hervor, die der Kranke gern besucht, ohne jedoch die nöthigen Empfindungen von Pflicht und Selbstgefühl auch in dem Verhältnis zu ihnen zu entwickeln.

Zweimal entlassen und in dem von ihm leidlich erlernten Handwerk beschäftigt, hat er weder in dieser noch in einer anderen Thätigkeit ausgehalten. Er war eigensinnig, „faul", liess die Arbeitsstoffe verderben, bedrohte schliesslich seine Schwägerin, als sie ihn zur Rede stellte u. s. w. In der Anstalt, fern von Anregungen zum Herumbummeln und mitlaufend in der Menge der anderen Kranken, geht es gut. Zweierlei aber erschwert den Verbleib ausserhalb, die ausserordentliche Zornmüthigkeit bei geringfügigen Anlässen, welche wegen Gefährdung seiner Umgebung schon zu seiner ersten Aufnahme führte, und das Fehlen der Selbstachtung und daher des Bedürfnisses, etwas zu leisten, zu arbeiten, um zu seiner Erhaltung beizutragen. Hätte der Kranke nicht den Anhalt an seinen Geschwistern, was würde er anders sein können als ein Vagabund?

Bei der einfachen Beschränkung der geistigen und gemüthlichen Thätigkeit geht es meist gut bis zu dem Zeitpunkte, wo ein selbständiges Handeln, die Erfüllung grösserer Aufgaben oder die Anpassung an etwas schwierigere Verhältnisse verlangt wird.

Erst dann enthüllt sich die Bedeutung der Schwäche, die bis dahin noch die Aufnahme einfacherer Denkobjecte in das geistige Inventar und die Nachahmung von leicht verständlichen Handfertigkeiten oder Beschäftigungen gestattete.

Wird jetzt mehr verlangt, so versagt der Kranke und verfällt bei ungünstigen Verhältnissen nicht selten in anderweitige psychisch abnorme Zustände. So geht es z. B. manchen Schwachentwickelten im Militärdienste, dessen Anforderung nicht nur an die Fassungs-, sondern auch an die Entschlussfähigkeit, an Selbstbeherrschung und Willenskraft sein Können übersteigt. Andere, namentlich auch weibliche Kranke kommen, wenn ungünstige Erwerbsverhältnisse, Uebermaass der Arbeit, mangelnde Nachtruhe, gemüthliche Schädlichkeiten (getäuschte Liebe) oder andere üble Verhältnisse ihr Befinden verschlechtern, zu Verwirrtheiten, Angstzuständen etc. und erfahren damit eine weitere Schädigung ihres Geisteszustandes.

Es liegt aber nicht immer an besonderen äusseren Einwirkungen, dass erst nach dem Uebergang in die Pubertät die bis dahin nicht offenbar gewordene Schwäche deutlich wird. Es wird das Zurückbleiben hinter den Gesunden naturgemäss mit dem Alter grösser und ein noch merklicher, in einzelnen Richtungen vielleicht sogar noch deutlicher Fortschritt hört zum Beispiel mit dem zwölften Jahre auf; das Missverhältnis zwischen dem Ziele und den Kräften wird erst jetzt ganz unzweideutig.

Wichtiger noch ist ein anderer Umstand dafür, dass bei einem Theile der Kranken die Abweichungen überhaupt nicht im Kindes-, sondern erst im Jugendalter Bedeutung gewinnen, nämlich die Unmöglichkeit, die sich steigernden Ansprüche an ein richtig ausgebildetes Gemüthsleben zu erfüllen.

Wo eine grössere Erregbarkeit im Gemüthsleben besteht, wird mit zunehmendem Alter die Betonung der eigenen Person mehr und mehr sich

geltend machen, ohne dass doch bei der psychischen Schwäche des Kranken die Interessen in eine höhere Sphäre übertragen worden sind.

Mit dem Wachsthum des Körpers und dem Hinaustreten in das geschäftliche Leben mehren sich die Begehrungen und Ansprüche, ohne dass ein tieferes Gemüthsleben die richtigen Motive liefert. Der Imbecille ist noch mehr als in der Ueberlegung und Erkenntnis in den affectiven Strebungen auf einer niederen Entwicklungsstufe stehen geblieben, in seinen Ansprüchen aus mehr elementaren Trieben aber über die unschuldigen Wünsche und in seinen Mitteln zur Befriedigung über die Ungefährlichkeit des Kindesalters hinausgewachsen. In diesem Missverhältnis liegt das „antisociale" Wesen vieler Imbecillen begründet. Es äussert sich in bald mehr, bald weniger bedrohlicher Weise.

Auch die für gewöhnlich willigen und fügsamen, in beschränktem Kreise verwendbaren, harmlosen „torpiden" Imbecillen gelangen dann unter die Landstreicher, wenn sie in ihrem Erwerbe trotz geringer Ansprüche nicht mehr fortkommen können, weil Beschäftigungsmangel durch die Jahreszeit oder Verringerung der Arbeitsgelegenheit eintritt. Die gutmüthige Beschränktheit dieser Personen ermöglicht aber meist die Rückführung in geordnete Verhältnisse, ohne dass grösserer Schaden geschieht. Ganz anders liegt es mit den Imbecillen mässigeren Grades, die eine vermehrte Beweglichkeit und Unruhe des Wesens zeigen und zu allerlei Unternehmungen und Ansprüchen geneigt sind. Aufgeblasen und ohne jede Ausdauer, gleicht der häufige Wechsel ihrer Verhältnisse den Vortheil der besseren Begabung, den sie vor den gleichgiltigen Imbecillen haben, mehr als aus. Sie wollen meist gar nicht ernsthaft und regelmässig arbeiten, vermögen noch weniger sich zu fügen und anzupassen. So gelangen sie bald unter die Landstreicher, in den Städten unter Bummler (auch Zuhälter), nachdem sie den Anhalt und die Hilfe der Familie verloren und einige dumme Streiche hinter sich haben. Aus dieser Lage kommen sie später kaum wieder ganz heraus. Zwar lässt in reiferen Jahren das zerfahrene, unstete Wesen manchmal etwas nach, aber sie bleiben dann zum Theil im gewohnten Gleise, zumal oft zum Beginne einer anderen Lebensführung jetzt eine mehr als durchschnittliche Arbeits- und Willenskraft gehören würde. Die gelegentlichen kleinen Strafen können sie natürlich nicht umformen. Schlimm wirkt auf die Haltung solcher Kranken der Alkoholgenuss, der für das schlecht entwickelte widerstandslose Gehirn meist besonders gefährlich ist und schon bei mässigen Mengen abnorme psychische Zustände vorübergehender Art hervorrufen kann.

Der erregbare schwach Entwickelte ist — wie schon der Dumme — oft zur Selbstüberschätzung geneigt. In gewissem Sinne ist auch dies ein berechtigter Zug im Kindesleben. Auch das Kind zeigt bei seinem Spiel die Bethätigung der Phantasie zu Gunsten der eigenen Persönlichkeit, welche in diesem Alter noch unbefangen im Bewusstsein vorherrscht. Es leistet etwas in seiner Einbildung: als Soldat mit dem Papphelm, die Lust am Schaffen lässt es aus Sand Burgen bauen, es fühlt sich betheiligt an den Thaten der Helden seiner Kriegs- oder Reisegeschichten. Die jugendlichen Durchbrenner versuchen die Romantik besonderer Thaten in die Wirklichkeit umzusetzen. Der Idiot (der Abgesonderte) besitzt zum Spiel meist nicht genug Phantasie, der Imbecille spielt oft gewissermaassen weiter in das Leben hinein, in die Zeit, wo für andere wesentlich nicht mehr das Spiel der Phantasie, sondern die Wirklichkeit die Aufmerksamkeit und das

Gedankenleben beschäftigt. Der erregbare Geistesschwache gefällt sich leicht in erdichteten Rollen, er sieht sich stets in günstigem Lichte. Die Auffassung der eigenen Person, schon bei den Vollentwickelten von dem stets wachen Selbstgefühl leicht missleitet, ist hier eine ganz unreelle, durch die wirkliche Leistung ganz und gar nicht berechtigte. Für seine Umgebung wird er so ein Gegenstand des Spotts, für ihn kann die Hingabe an eitle Einbildungen zu schwerer Gesetzwidrigkeit führen. Beispiele haben Sie genug gesehen.

Zunächst harmlosere: der junge Mensch, der sich Karten auf den Namen Graf W. anfertigen liess und im herrschaftlichen Wagen fahrend in den ersten Geschäften zahlreiche Bestellungen auf Uniformen, Pelze und ähnliches machte. Er suchte dabei keinen Vermögensvortheil, denn er nahm die bestellten Dinge nie ab. Einerseits das Vergnügen, die phantastische Erhebung der eigenen Person auch an der Haltung anderer zu erkennen, anderntheils die Genugthuung über die gelungene Täuschung, nicht Sucht nach Gewinn, trieb ihn zu seinen Schwindeleien. — Sie sahen einen zweiten jungen Menschen, der sich, um den Anschein eines Studierenden zu erwecken, Risse über das Gesicht beigebracht hatte und ebenfalls in dem Auftreten in verschiedenen Rollen (Doctor) und dem so aus der Täuschung anderer fliessenden Selbstgefühle seine Befriedigung fand. Es wird berichtet, dass er, in mehreren Berufen gescheitert, schliesslich von seinem Onkel auf Reisen mitgenommen war. Hierbei tischte er den mit ihm verkehrenden Geschäftsleuten so krasse Lügen ohne jeglichen ersichtlichen Zweck auf, dass der Onkel ihn schleunigst entfernte, um nicht geradezu Nachtheile von dieser Handlungsweise seines Begleiters zu haben.

Wie die sogenannten pathologischen Lügner, sind auch solche pathologische Schwindler, die den Schwindel in erster Linie um seiner selbst treiben (neben den Zügen sogenannter Degeneration), nicht selten geistig schwach entwickelt. Gewöhnlich ist dabei das intellectuelle Untermaass nicht gerade auffällig, doch kommt auch das vor, und die Erklärung des Erfolges liegt dann meist in dem frechen Auftreten des Kranken und der Dummheit der anderen.

Die Sucht, vor den Bekannten zu prahlen, grosse Geldausgaben oder Geschenke zu machen, führte den sehr bescheiden und nicht ohne Gewandtheit auftretenden jungen Mann, der früher nur die väterliche Kasse, später aber das Geschäft durch Entnahme von Stoffen und Abgabe an leichtsinnige Mädchen geschädigt hat, vor Gericht. Für solche Menschen ist das Alter, in dem — bei noch ausstehender Anerkennung für Leistungen — auf Aeusserlichkeiten, „patentes Auftreten“ Werth gelegt wird, das kritische Alter; für sie kann man sagen: juventas ipsa morbus. —

Ebenso kam es bei einem jetzt schon 24jährigen Kranken zur Feststellung des Geisteszustandes, weil er mit einer auf den Namen des Vaters hin erschwindelten Summe das Weite gesucht hatte. Auch hier war während der Schulzeit nur wenig aufgefallen. Dann aber machte sich die Unstätheit bei der beruflichen Ausbildung, der häufige Wechsel der Stellen bemerklich. Bald nachher, im Militärdienste, beginnt eine Reihe von Verstößen — auch Desertion — hervorgehend aus Mangel an Verständnis für die gestellten Aufgaben und Pflichten, aus Patzigkeit und Hochnäsigkeit, Empfindlichkeit gegen entsprechenden Tadel und Abwehr. Nach Bestrafung eine Zeit lang ordentliche Haltung. Schliesslich grosser Aerger

über die nach Lage der Sache nicht ungerechtfertigte Aufsicht und Beschränkung von Seiten des Vaters und im Missmuth hierüber: „Jetzt soll auch alles schief gehen," die grobe gesetzwidrige Handlung. Bei dem Kranken ist ein Ausfall in den geläufigen Vorstellungsreihen nicht vorhanden. Trotzdem zeigt das ganze Bild neben grundlosem Schwanken in den Affecten und der Unfähigkeit, in der gewiesenen Bahn bis zum Ziele auszuharren, eine oberflächliche Betrachtung seiner Lage, einen entschiedenen Mangel an Einsicht. Für das Schuldenmachen z. B. kommt eine andere Beziehung als die zur — allerdings wohl zu weit gehenden — Knappheit des väterlichen Zuschusses gar nicht in Betracht. Jetzt lässt sich, wenn auch der geringe Ernst des Wesens unverkennbar ist, an dem äusseren Benehmen nichts aussetzen. Nach solcher vorübergehenden Haltung dürfen Sie aber die Kranken nicht beurtheilen, weil ausserhalb der künstlich geregelten Verhältnisse des Anstaltslebens andere und schwierigere Bedingungen für eine richtige Lebensführung vorliegen. — Oft ist der Verlauf der Erscheinungen kein ganz gleichmässiger. In einzelnen Fällen können sich hysterische Züge dem Zustande beimischen. Häufiger tritt eine mehr oder weniger lang dauernde Erregung hinzu, welche den Befallenen in deutlicher Steigerung zu einem unruhigen, heftigen, schliesslich in einzelnen Richtungen ganz unsinnigen Benehmen fortreisst und dabei nicht selten auch zum Rechtsbruche (durch schwindelhaften Kauf werthvoller Dinge, ganz haltlose Unternehmungen) führt. In einem derartigen Erregungszustande konnte einer unserer Kranken eben noch abgehalten werden, eine Prostituirte, die er bei seinem lotterigen Leben kennen gelernt und zu reformieren unternommen hatte, zu heiraten. Sexuelle Vergehen sind bei diesen Kranken weniger häufig, namentlich solche, wie sie bei Idioten aus der Zurückweisung seitens des anderen Geschlechts und begünstigt durch den vorzugsweisen Umgang mit unerwachsenen Menschen sich entwickeln. Viel zahlreicher als solche Vergehen und die gelegentlich vorkommenden Brandstiftungen sind die Diebstähle und Betrügereien. Hierbei ist begreiflicherweise der oben geschilderte Zusammenhang mit alberner Eitelkeit nicht der einzige. Auch ohne derartige Erregungen aus falschem Selbstgefühl ist der Imbecille leicht zu Falle gebracht, wenn die Noth oder eine ungünstige Umgebung ihn zu Eigenthumsverletzungen treibt. Die Noth aber stellt sich bei ihm leicht ein, weil er meist in seiner Erwerbsthätigkeit Ausdauer und Streben nach Vervollkommnung vermissen lässt. Er springt schon in seinem Lehrgang leicht ab, weil er oft unzufrieden, anspruchsvoll oder theilnahmslos ist, und die Eltern schelten dann meist auf den Lehrherrn.

Ist so die Leistungsfähigkeit öfter unter dem Durchschnitt, so vermag der Geistesschwache auch nicht wie der Gesunde günstige Conjuncturen auszunützen. Wir haben schon erwähnt, wie er bisweilen auf Grund seiner Unstätheit und Unruhe eine mühsam erworbene gesicherte Lage, einem Drange nach Veränderung folgend, urtheilslos über das Maass seiner Kräfte, die bisher nur in engbegrenzten Kreisen unter wohlwollender Rücksichtnahme ausgereicht haben, aufgibt und dann vielleicht durch unregelmässige Lebensweise und Spirituosengenuss rasch eine Verschlechterung erfährt.

Neben dem Einflusse einer Nothlage wirkt oft bestimmend die Umgebung. Der unselbständige schwach Entwickelte strauchelt in schlechter Umgebung, in der Grossstadt, wo Vergnügungen locken und die belebte

und nichtbelebte Verführung winkt, leicht, namentlich, wenn sein Selbstgefühl wachgerufen wird. Beim Fehlen jeder moralischen Gesinnung ist er zuweilen gar noch stolz auf ein Durchbrechen der gesetzlichen Schranken. Auch hierbei kommt oft das Verharren der Affecte und Strebungen auf der niederen Stufe zum Ausdruck, der Reiz des Verbotenen oder die Befriedigung, etwas zu thun, weil damit eine gewisse Gefahr verbunden ist, wirkt antreibend und weckt eine Art von Ehrgeiz. So sagte einer unserer Kranken stolz: „Ick mache alles.“ In seinen gesetzwidrigen Handlungen zeigt sich aber nicht der richtige Muth, der in begründetem Vertrauen auf die eigene Kraft, im Gefühl des Rechts und zur Wahrung höherer Interessen der Gefahr die Stirne bietet, sondern die Aeusserung eines Kraftgefühls mehr kindlicher Art und die Gleichgiltigkeit, die nichts zu verlieren hat, weil sie überhaupt keine gemüthlichen Güter besitzt, die gefährdet werden können, keine Empfindung, die durch schlechte Handlungsweise verletzt werden kann.

Statt derartiger unverhüllter Gefühlsstumpfheit findet man bei anderen ein phrasenhaftes Wesen oder eine mit poetischen Floskeln geschmückte Redeweise, zuweilen sogar eine gefühlvoll sentimentale äussere Haltung. Die Kranken sprechen viel von ihrer Liebe zu den Eltern, von neuem Leben, um nach der Entlassung sofort in ihr früheres Treiben zurückzufallen. Ihre Aeusserungen sind lebhaft, die Gefühle selbst fehlen, die oft beobachtete Neigung zur Anwendung von Sprüchen, Gedichten (eigenen und fremden) zeigt nur die Oberflächlichkeit und Eitelkeit, lässt höchstens noch das Vorhandensein eines guten mechanischen Gedächtnisses erkennen, den Widerspruch zwischen dem Reden und dem Handeln des Kranken aber noch mehr hervortreten. Auch eine selbstgefällige Idealisierung der Diebstähle findet man, wobei einige splendide Acte, welche die Kranken nach dem Grundsatze: leben und leben lassen sich leisteten, aufgebauscht werden. Ein Kranker sagte, er fühle den Drang durchzugreifen und auszugleichen, wo er Elend und Ungerechtigkeit sähe und begründete die unbehinderte Ausführung so vieler Diebstähle: „Gott war mit mir, er hielt seine Hand über mir.“ Zwischen diesen beiden Grenzen, einem phrasenhaften Bedauern des Geschehenen oder salbungsvollem Vorheucheln scheinbarer Gemüthstiefe und der cynischen Ablehnung jeder Theilnahme kommen alle Abstufungen vor.

Für den Bruchtheil der Fälle mit nur leichtem Intelligenzmangel (die manchmal auch als „Debile“ abgesondert werden), wobei die Entwicklungshemmung im höheren Gefühlsleben ganz besonders sich bemerklich macht, wendet man oft die Bezeichnung „moral insanity“ an. Ich empfehle Ihnen diesen Ausdruck nicht, man kann jedenfalls für unsere Kranken ohne ihn auskommen. Es handelt sich dabei nicht um eine auf Mangel richtiger oder Einfluss übler Einwirkung beruhende Verbildung oder gar um eine erst durch Herabsinken von erreichter Stufe entstandene Verrohung des Gemüthslebens, vielmehr ist der Nachdruck darauf zu legen, dass trotz Anwendung aller Hilfsmittel der Erziehung in Familie und Schule eine Ausbildung nach der ethischen Seite sich unmöglich gezeigt hat und dass Neigung zu Bosheit, Thierquälerei u. s. w. bis in die Kindheit zurückreicht. Die intellectuelle Schwäche ist — wie bemerkt — bei dieser Gruppe des schwach Entwickelten durchaus nicht in gleichem Grade auffällig wie die Gemüthsstumpfheit, öfter ist vielmehr

nicht nur keine Beschränkung in der Zahl der Einzelbegriffe, sondern auch nur eine theilweise in den Begriffsbeziehungen vorhanden.

Solche Menschen wissen daher auch ganz genau, was gut und böse, was strafbar und erlaubt ist, aber das, meine Herren, wissen auch geistig sehr viel schwächer Entwickelte. Letzteres ersahen Sie an dem schon dem Idiotismus nahestehenden Kranken, der, um sich einige Mark anzueignen, seine Mutter durch einen Schlag mit dem Zuckerbeil getödtet hatte. Der 18jährige Bursche war seinerzeit durch die Schule — wenn auch nicht bis zur höchsten Klasse — gelangt und war eingesegnet. Dann wurde er als „Lehrling" in einem kleinen Kaufmannsgeschäft verwandt. Er erschlug die Mutter, die ihn stets liebevoll behandelt hatte, um sich das Geld zu einer Reise nach der Schweiz und nach Italien zu verschaffen, „dorther kommen die schönen Südfrüchte", mit denen er ein selbstständiges Geschäft unternehmen wollte. Da aber der Raub nicht genügte, ihn über die Grenzen der Provinz Brandenburg hinauszubringen, kehrte er bereits am folgenden Abende nach der Wohnung zurück. Dieser Fall gehört nicht zur sogenannten „moral insanity", insofern der Begriffsmangel sich hier sogar auf die in der Schule zu erwerbenden Kenntnisse verbreitet, nur Rechnen geht leidlich. Aber den Mord der Mutter nennt auch er eine „schlechte Handlung". Warum? Weil es „verboten" sei, „auch gesetzwidrig". Zu erwähnen ist noch, dass er auf die ersten Vorhaltungen über seine That entschuldigend bemerkte, dass es damals dunkel gewesen sei.

Die Auffassung auch viel höher entwickelter Kranken haben Sie ja kennen gelernt. Ein Dieb weiss nur zu sagen: „Man wird bestraft, weils doch nicht sein soll." — Ein anderer erklärte: „In dem ‚Momang' habe ich nicht die richtige Ueberlegung." Er erläutert das aber dahin: „Ich denke immer, es sieht's keiner." — Häufig kommt erst nach der That oder gar dem gerichtlichen Einschreiten nicht nur das Verbotene, sondern auch die Folgen der Handlungsweise deutlicher zum Bewusstsein. So sagte Ihnen ein oft Bestrafter in nachträglich richtiger Beurtheilung seiner Thaten selbst kopfschüttelnd: „Wenn einer anfing, ich war dabei." — Leider wird solche Erkenntnis der üblen Folgen kaum genügen, wenn der Kranke draussen gegenüber bösen Einflüssen fest bleiben soll. Sonst könnte man sich ja vom Standpunkte der öffentlichen Sicherheit mit diesem Erfolge als „Specialprävention" gegen Gesetzwidrigkeit begnügen und auf Erwecken einer besseren Gesinnung verzichten.

Wo die affective Thätigkeit des Seelenlebens nach der ethischen Seite hin ganz darnieder liegt, kann naturgemäss keine Reue entstehen. Selbst nach vollzogener That fehlen die auf die Gemüthslage wirkenden Empfindungen für das Schlechte der Handlungsweise (Gewissen). Daher bringen auch intellectuell viel besser als der Muttermörder ausgestattete Personen es nicht zu einem eigentlichen Schuldbewusstsein, sondern sie kommen höchstens zu einem Bedauern ihrer zum Theil unheilvollen Thaten. Wenn nun auch das Andern zugefügte Unrecht sie nicht kümmert, kein Mitleid für den Beschädigten sich regt, so war keiner auch der recht Schwachen doch jemals wirklich darüber im Unklaren, dass er mit seinen Diebstählen, Betrügereien eine strafbare Handlung beging. Die vielfachen Aeusserungen, wie: „man macht mal einen dummen Streich" oder „ich bin ja noch jung", „ich bin nur mitgelaufen" bestätigen dies nur. Mit der

Kenntnis des Strafbaren ihrer Handlungsweise verbindet sich aber nicht das Gefühl für das Schlechte derselben.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich kurz daran erinnern, dass der § 56 unseres Strafgesetzbuchs bestimmt, dass ein (nicht geisteskranker) jugendlicher Angeschuldigter (zwischen dem 12. und 18. Lebensjahre) freizusprechen ist, wenn er bei Begehung einer strafbaren Handlung „die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besass". Die „Einsicht in die Strafbarkeit" blos als Kenntnis, dass für die sich aufdrängende Handlung eine gesetzliche Strafe zu erwarten ist, wird bei den meisten Rechtsverletzungen, bei allen, die nicht sehr verwickelte (politische und ähnliche) Verhältnisse betreffen und wo kein Affect oder fremder Einfluss hineinspielt, dem gesunden Jugendlichen zukommen. Was wäre das für eine Erziehung und Bildung, die bis dahin nicht mit Grundsätzen, wie sie zum Theil in den 10 Geboten über Stehlen und Tödten ausgesprochen sind, die Kinder bekannt machte! Die Erkenntnis der Strafbarkeit ist bei ihnen allerdings insofern eine unvollständige, als die Bedeutung der Verurtheilung und Bestrafung in ihren fernerliegenden inneren und äusseren Folgen für das spätere Leben kaum vollständig gewürdigt werden kann.

Neben der Kenntnis, dass etwas gesetzlich bestraft wird, muss aber auch eine genügende Gemüthsthätigkeit zur Entwicklung gelangt sein, damit aus dem Persönlichkeitsgefühl heraus Hemmungen eintreten können und so ein innerer Widerstand gegen die Umsetzung von Antrieben schlechten Inhalts in Handlungen ein untrennbarer Theil des Ich werde. Neben Hinausrücken der unteren Grenze der bedingten Strafmündigkeit wird daher vor allen Dingen auch ein anderes Merkmal für die Verantwortlichkeit als die zur Erkenntnis der Strafbarkeit nöthige Einsicht im gewöhnlichen Sinne des Wortes gefordert werden müssen.

Meine Herren! Dass bei manchen der mässig Schwachsinnigen, die Sie gesehen, der ethische Defect so auffällig wurde, ist dadurch bedingt, dass die Kranken handelnd auftreten. Passive Naturen können vollkommen ebenso gemüthskalt und verständnislos für Recht und Unrecht sein, ohne dass diese Eigenschaft praktische Bedeutung gewänne, ein erregbares Temperament bringt den Mangel voll ans Licht.

Bei unseren Kranken können wir also nicht ein Zurückbleiben nur auf, sondern vorzugsweise auf moralischem Gebiete nachweisen. Freilich ist zunächst oft nur die Gemüthsstumpfheit deutlich, die gleichzeitige intellectuelle Schwäche dagegen wird durch ein nicht unbeträchtliches Maass von Erlerntem, durch äussere Gewandtheit in der Benutzung der Rede- und Verkehrsformen, verdeckt.

Das mechanische Gedächtnis kann dem Kranken eine Masse von Phrasen und Wendungen zu Gebote stellen, deren geläufiger Benutzung durchaus nicht eine wirkliche Erkenntnis und eine selbständige und von Verantwortlichkeit getragene Willensbildung entspricht. Dazu kommt, dass manche Kranke durch die äusseren Verhältnisse des Lebens ihre Thätigkeit auf bestimmte Kreise haben beschränken können und — weil sie hierin eine gewisse Leistung erkennen lassen — als allgemein urtheilsfähig zu Unrecht angesehen werden.

Wir brauchen hier die Frage nicht erschöpfend zu erörtern, in welcher Weise ein auffallender Defect nach der Seite der moralischen Empfindungen

hin sich noch bei anderen Formen von Geistesstörung, namentlich bei der sogenannten degenerativen Psychose, zeigen kann. Solche Kranke können nach plötzlichen, sie ganz beherrschenden Einfällen, aus disharmonischem Affectleben entsprungen, handelnd, jede Rücksichtnahme auf die Angehörigen, guten Ruf u. s. w. vermissen lassen. Oder es liegt eine mit genügender, wenn auch oft entschieden einseitiger Begabung verbundene vorwitzige, eingebildete, auf rücksichtsloses Geltendmachen der eigenen Persönlichkeit drängende Charakteranlage vor. Auch hier braucht keine Schwäche der intellectuellen Entwicklung im engern Sinne hervorzutreten. Ueberblickt man aber das Leben im ganzen, so bieten die Kranken allerdings oft eine geringe Leistung, aber das erklärt sich mehr aus der Unstätheit ihres Charakters, der gesteigerten und leicht nachlassenden Erregung, aus dem Mangel an Anpassungsfähigkeit und Ausdauer, als dass die einzelnen Denkprocesse Ausfälle erkennen liessen. Jedenfalls ist also die Betheiligung der Intelligenzstörung bei Personen, die einen Mangel des moralischen Empfindens als dauernde Eigenschaft von Jugend auf zeigen, eine sehr verschiedene.

Wie die ethischen Gefühle im Gange der psychischen Reifung sich zuletzt einstellen, gewissermaassen die Blüte der seelischen Entwicklung bildend, und wie sie bei Hemmung der letzteren am ehesten mangelhaft bleiben, so werden sie auch am leichtesten geschädigt, wenn eine schwere Hirnerkrankung das Seelenleben verändert. Bei der progressiven Paralyse, bei manchen Fällen von Alkoholismus tritt vor tiefgreifender Störung der Intelligenz und des Gedächtnisses ein Verlust an Takt, an Anstand ein. Die Häufigkeit unsittlicher Handlungen bei Senilen gehört zum Theil hierher. Die Neigung zu heftigen Zornausbrüchen, wobei die richtige Haltung, die Rücksichtnahme auf die Umgebung leichter als früher verloren geht, ist Folge schwerer Kopfverletzungen oder von Erschöpfungszuständen des Nervensystems. Bei manchen Fällen manischer Erregung — besonders periodischer — wird eine gewisse Schadenfreude, Verleumdungssucht und boshaftes Wesen des Kranken offenbar, das mit dem Rückgange des Leidens sich verliert.

Es ist gelegentlich schon erwähnt, dass manche schwach Entwickelte leicht in Aerger, ja in Wuth gerathen, wenn der Kreis ihrer oft nur niedrig liegenden Interessen berührt wird. Alkoholgenuss führt dann leicht zu störendem Benehmen. Auf Grund geringfügiger Vorkommnisse (Versagen eines Wunsches) gelangen sie auch zu Selbstmord oder Selbstmordversuchen. In anderen Fällen zeigen sie sich rachsüchtig. Wichtig ist auch, dass sie aus ihrer Urtheilsschwäche heraus sich in eine an Wahnbildung heranreichende, sogar zu allerhand Andeutungen fortschreitende falsche Auffassung ihrer Umgebung verirren können. Dies kann namentlich auch während der Verbüssung einer Haft sich einstellen. Es können — brauchen aber nicht immer — damit Sinnestäuschungen verschiedener Art sich verbinden. Seltener treten expansive Ideen auf, wie bei jenem Kranken, der sich mit seinen albernen Vorschlägen an den Kaiser gewandt hatte. Die schwächliche Vorstellungsthätigkeit lässt meist eine gründliche Durcharbeitung und vollkommene Systematisierung der Wahnbildung vermissen. Die Ideen sind mehr oberflächliche Einfälle und haben nicht die lange Dauer paranoischer Systeme, selbst dort nicht, wo sie ohne Sinnestäuschungen aus der geistigen Schwäche und einer gewissen Erregung entspringen.

Dass solche Vorstellungskreise Klarheit und lange Dauer gewinnen, kommt wohl nur da vor, wo der Grad der Imbecillität ein besonders leichter ist.

Bei der grundlegenden Bedeutung, welche die abnorme Selbstempfindung meiner Ansicht nach für die Paranoia hat, wies ich aber in einem Falle darauf hin, wie deutlich das schon früher bemerklich gewordene „egocentrische" Denken oder Fühlen, das bei Schwäche der psychischen Entwicklung leicht aus dem relativen Ueberwiegen der eigenen Persönlichkeit im Bewusstsein entsteht, zu dem Wahne hoher Abkunft die Grundlage bot. So führen mehrfache Verbindungen von der Imbecillität zu anderen Krankheitsformen hinüber.

Die nahe Verwandtschaft einzelner Fälle mit der degenerativen Psychose ist bereits erwähnt. Das letztere Element ist um so deutlicher, je mehr die einseitig phantastische Thätigkeit, das Ueberspannte, die abnorme Gefühlsbetonung einzelner Vorstellungen, die mangelnde Maassbeziehung zwischen dem äusseren Eindruck und der affectiven Reaction über die kaum merkliche Einschränkung der Auffassung und des Urtheils überwiegt. Weiter muss auf die Entwicklung hypochondrischer Zustände (manchmal in Verbindung mit Masturbation) aufmerksam gemacht werden.

Wir können uns überhaupt nicht darüber wundern, dass bei vielen im Beginn des dritten Decenniums an Psychosen anderen Charakters Erkrankten die Anamnese uns den Hinweis auf eine mangelhafte geistige Entwicklung liefert. Der Fehler war nicht so ausgesprochen, dass er seinen Träger im Fortkommen vollständig gehindert hatte, aber wir werden annehmen dürfen, dass die zu Grunde liegende Gehirnbeschaffenheit für die spätere aus weiteren Schädlichkeiten entstehende Psychose nicht ohne Bedeutung war.

Dies gilt auch für manche Fälle der als Dementia praecox bezeichneten Erkrankung.

An einem anderen Kranken suchte ich Ihnen den Einfluss besonderer Umstände auf den Inhalt des Vorstellungslebens bei ungenügender psychischer Entwicklung zu erweisen. Der Ende der Zwanziger stehende Mann war aufgenommen, weil er allerhand spiritistische Gaben zu besitzen glaubte und durch seine Behauptungen, was er alles im Trance erkennen und ausführen würde, seine Angehörigen beunruhigt und schliesslich durch heftiges Bekämpfen ihres Widerspruchs gegen sein Treiben in die grösste Angst versetzt hatte. Im ersten Augenblick schien der Kranke mit inhaltlich falschen Vorstellungen erfüllt, ja es waren einzelne Sinnestäuschungen wahrscheinlich. Aber die sofort ausgesprochenen Zweifel daran, dass es sich hier um eine länger dauernde Wahnbildung handle, haben sich vollkommen bestätigt. Der urtheilsschwache und äusseren Einflüssen leicht unterworfene Mensch ist in der That durch übertriebene Theilnahme an den Sitzungen eines spiritistischen Vereins zu seinem krankhaften Zustande gekommen. Seine Leichtgläubigkeit und Eitelkeit wirkten zusammen bei seiner Ueberwältigung durch die albernen Einbildungen, die ihm eingepflanzt waren, die aber nach wenigen Tagen von ihm abfielen, als er dem Einflusse der Umgebung entzogen war. Aehnlich liegt es bei manchen Uebertragungen von Wahnideen von Seiten einer erkrankten und geistig überlegenen Person auf eine nahestehende geistig schwächer beanlagte (folie imposée). Auch hier genügt manchmal die Trennung von dem activen Theile, um die abnormen Vorstellungen zu beseitigen. (Eine ähnliche

Beeinflussung kommt übrigens auch bei nicht geistesschwachen nächsten Angehörigen vor, wenn die Unselbständigkeit des Urtheils durch die Parteinahme gesteigert wird.)

Die letzten Bemerkungen haben uns schon auf das Gebiet der Diagnose geführt:

Die Art der psychischen Abweichungen, ihr Umfang und ihre Entstehung noch während der Entwicklung bestimmen die Erkenntnis des Einzelfalles.

Beginnen wir mit der Hauptfrage, so ist der Zeitpunkt des Eintritts des Leidens in manchen Fällen mit völliger Sicherheit nicht zu erkennen. Dies gilt natürlich vorzugsweise für die ersten Lebensjahre, wo die geistigen Leistungen an sich sehr beschränkt sind.

Es wird dann besonders häufig seitens der Angehörigen das Zurückbleiben des Kindes auf einen Fall oder eine Erkrankung geschoben. Für das ganz jugendliche Alter ist die genaue Feststellung des Krankheitsbeginnes aber auch eher entbehrlich, weil die auf das Kind erziehlich und belehrend wirkenden Kräfte noch nicht die erheblichen Unterschiede wie in späterer Zeit herbeiführen können. Mit den Jahren wird der Einfluss der Umgebung grösser und es kann das Mehr oder Weniger von Anregung und von Ausbildung auch bei gut beanlagten Individuen eine geringere Ausbildung, anderentheils die Verhüllung einer schwachen Anlage durch besondere Belehrung zur Folge haben.

Als obere Grenze für die Entstehung der Imbecillität wird man etwa das zwölfte Lebensjahr bezeichnen können. Bei einem bis dahin wirklich zu richtiger Entwicklung gelangten Kinde müssen wir einer jetzt einsetzenden Psychose einen anderen Charakter zuschreiben. Von nun an wird nicht mehr ganz vorzugsweise das weitere Wachsthum gehemmt, sondern wesentlich auch ein bereits erworbenes Maass geistiger Leistungsfähigkeit beeinträchtigt oder dauernd vermindert.

Bezüglich der für die Diagnose wichtigsten einzelnen Symptome ist hervorzuheben, dass nur bei den hochgradigen, an die Idiotie grenzenden Fällen auffällige Stumpfheit, die Unmöglichkeit dauernder Aufmerksamkeit, die Verzögerung und Unvollkommenheit der Sprachentwicklung, der Sensibilität, lange Unsauberkeit, das Fehlen der Anschlussfähigkeit und der Erweckung des Verständnisses für selbst einfachen Zusammenhang auch schon vor der Schulzeit eine bestimmte Anschauung über den Umfang des Leidens zulässt. Je geringer aber ein seit frühester Jugend bestehender Mangel ist, desto eher werden die ersten Stufen des geistigen Fortschrittes noch erreicht und es kommt zu einer genaueren Einsicht erst dann, wenn die Stellung grösserer Aufgaben, namentlich die Prüfung beim systematischen Unterrichte den Vergleich mit normaler Ausbildung gestattet. Bei befriedigendem Gedächtnisse und Anstelligkeit werden die Minderleistungen in ihrer vollen Bedeutung erst in noch späterem Lebensalter zur Zeit der Pubertät ganz ersichtlich. Ja auch jetzt noch wird in einfacheren Verhältnissen der über eine geringe Begabung hinausgehende Mangel als krankhafte Beschaffenheit oft nicht erkannt. Erst das Hinzutreten anderweitiger Krankheitszeichen oder das Scheitern im Berufe, im Militärdienste stellt dann die Bedeutung der Wahrnehmungen aus früherer Zeit völlig klar, nämlich als die weiter zurückverfolgbaren Beweise für die fehlerhafte Gehirnentwicklung.

Uebrigens ist der anamnestische Nachweis, dass ein im jugendlichen Alter stehender Mensch in den Kinderjahren bereits sich von anderen unterschieden hat, nur für die nicht ausgesprochenen Fälle der Erkrankung nothwendig.

Für gewöhnlich nämlich macht schon die Art des Ausfalles auf geistigem Gebiete die Erkennung leicht. Wo nicht mangelnde Entwicklung, sondern ein Herabsinken von einer bereits erreichten, der normalen gleichkommenden Bildungsstufe vorliegt, sind die Ueberreste aus der früheren, besseren Zeit noch bemerklich. Aus dem gleichgiltigen, von den Anregungen der Jetztzeit kaum bewegten Wesen der Kranken kann unvermittelt eine eingehende Kenntnis bestimmter Dinge hervorragen oder eine treffende Bemerkung, ja sogar eine ironische Abweisung hervorspringen, die nur auf Grund grösserer Fassungsgabe, tiefer greifender Ueberlegung entstehen können, als sie der jetzige Zustand erwerben lässt.

Gegenüber diesen ungleichmässigen Leistungen ist der Imbecille vielleicht in einem nicht unbeträchtlichen Grade mit gedächtnismässig Erlerntem ausgestattet, aber zu selbständigem, originellem Erfassen oder gar zu schlagfertigen Urtheilen und zur Einnahme eines höheren ästhetisch sittlichen Standpunktes gegenüber den Ereignissen im allgemeinen nicht befähigt.

Hierin liegt der Unterschied zwischen verminderter Entwicklung und eingetretener Verblödung, zwischen Imbecillität und Demenz.

Die Abgrenzung der Imbecillen gegenüber der Gruppe der Schwachbefähigten ist naturgemäss eine ganz fliessende.

Niemand wird die Leistungen in der Schule allein zur Unterlage des Urtheiles machen und durch leidliches Gedächtnis über Erschwerung der tieferen Auffassung und den Mangel in Urtheils- und Schlussprocessen sich täuschen lassen.

Wenn auch begabte Kinder vorübergehend mangelnde oder ungleichmässige Fortschritte in der Aneignung des Lehrstoffes wegen fehlenden Eifers und geringen Interesses an einzelnen Gegenständen zeigen, schreitet doch ihre Entwicklung im ganzen fort und der langsamere Erwerb nach der Seite des Gedächtnisses wird bekanntlich häufig durch eine Inanspruchnahme nach anderer Richtung bedingt. Auch der mit den Erkrankungen des Jugendalters oft verbundene vorübergehende Nachlass der geistigen Spannkraft (Infectionskrankheiten, Chorea) wird sich unterscheiden lassen.

Manchmal bedarf es allerdings einiger Zeit, um zu erkennen, ob eine Ungleichmässigkeit im Gange der Entwicklung eines bis dahin ungestört fortgeschrittenen Kindes eine ernste Bedeutung hat oder ob sie im weiteren Wachsthum ausgeglichen werden wird. Ausser der bisher nur der Beobachtung entgangenen und jetzt der Umgebung auffällig werdenden leichten Schwäche kommen cerebrale Processe, wie Tumoren, Epilepsie, hydrocephalische Veränderungen, in Frage, auch an hereditäre Lues ist zu denken.

Als Ursache unrichtiger Handlungen wird bei mässiger intellectueller Schwäche nicht selten anfänglich grober Leichtsinn oder Unbesonnenheit der Jugend erscheinen. Erst die Verbindung mit Zurückbleiben des gemüthlichen Seelenlebens, trotzdem die Umgebung eine gute ist und die Hilfsmittel der Erziehung in reichem Maasse zur Anwendung gekommen sind, gibt der bis dahin wenig beachteten intellectuellen Abweichung ihre wahre Bedeutung. Ein Normalpunkt für die Höhe des Gemüthslebens, in Rücksichtnahme, Ehrgefühl, Gerechtigkeitsliebe, ästhetischer Empfindung,

ist uns nicht gegeben. Die Bevölkerungsklassen, die verschiedenen Volksstämme zeigen so erhebliche Abweichungen, dass jeder Mensch nur durch Vergleich mit unter denselben Bedingungen Lebenden beurtheilt werden kann. Deshalb wird auch die gemüthliche Stumpfheit eines aus den gebildeten Ständen stammenden jungen Menschen eher an Krankheit denken lassen, als die des aus elenden Verhältnissen, aus zerrütteten Familienleben, verbrecherischen Kreisen hervorgegangenen. Namentlich bei den jugendlichen in Besserungsanstalten, Fürsorgeerziehung Gebrachten ist eine mangelhafte Anlage häufig mit dem Einflusse schlechter Umgebung so innig verflochten, dass die Erkenntnis des Krankhaften sich vorzugsweise auf die Unfähigkeit eines weiteren Ausbaues sowohl in intellectueller als in gemüthlicher Hinsicht auch jetzt noch — bei besonderen erziehlichen Bemühungen — stützen muss.

Bei der Prüfung im einzelnen untersucht man, statt nur nach Daten und Zahlen zu fragen, die Fähigkeit zur richtigen Auffassung von hypothetischen Verhältnissen — in der dem Bildungsstandpunkt des Kranken entsprechenden Begrenzung — und zur richtigen Entscheidung in solchen Lagen. Auch die Anschauung über frühere Vorgänge, die Genauigkeit der Erkenntnis, wenn auch der nachträglichen, ihres inneren Zusammenhanges und die Art der Darstellung ist wichtig.

Der Gesunde wird ausser dem allmählich Angelernten, ihm täglich Wiederkehrenden noch Interesse für allgemein bekannte ihm zugängliche Dinge: für besondere Tagesereignisse, für politische oder seine Beschäftigung betreffende Gegenstände haben, er muss nicht nur seine eigene Lage, sondern auch seine nähere und weitere Umgebung beurtheilen können, je nach Herkunft, Stellung und Lebensgewohnheiten. Immerhin haben diese Feststellungen noch mehr Bedeutung im negativen Sinne für die Diagnose.

Die Fähigkeit, aus verschiedenen Begriffen Gemeinsames zu abstrahiren, die Auffassung bisher nicht bekannter Verhältnisse mit Gründen zu belegen, der Nachweis, dass eine selbständige Lebensführung mit Anpassung an die Erwerbs- und Umgangsverhältnisse aus richtigem Verständnis und aus eigener Kraft erreicht war, machen höhere Grade von Imbecillität unwahrscheinlich. Das Umgekehrte, das Scheitern der Bestrebungen, beweist ohne Weiteres nicht viel, weil, wie für die Aneignung von Wissen, so auch für Aufmerksamkeit, für Ausnutzung der Empfänglichkeit gegenüber den Eindrücken der Aussenwelt und für den Erfolg im praktischen Leben sehr viel auf die äusseren Verhältnisse ankommt. Auch hier ist Anregung und Uebung nicht zu entbehren, manches ist Glückssache.

In summarischer Weise lässt öfter die Wiedergabe von Erzählungen oder Gesprächen nicht nur die Merk- und Gedächtnisfähigkeit, sondern namentlich auch an der Betonung des Wichtigen, der Pointe, die Urtheilsfähigkeit abschätzen. Völlig beweisend wird schliesslich auch hier die während der Beobachtung ermittelte Unfähigkeit sein, aus der systematischen Beschäftigung, aus längerer Unterweisung zu lernen, Vorstellungen anzunehmen und auszubilden.

Abweichungen in der körperlichen Beschaffenheit, Schädelmissbildung u. s. w., kommen bei den uns beschäftigenden Graden der Entwicklungsschwäche kaum in solchem Maasse vor, dass sie für die Diagnose ins Gewicht fallen. Ist doch sogar für die tiefergreifende Hemmung des Idiotismus ein Zusammenhang mit Schädelmissbildung an sich nur dann un-

zweifelhaft, wenn letztere zu erheblichen Raumbeschränkungen führt oder hochgradige Aenderungen des Raumverhältnisses zwischen Gehirn und sonstigem Schädelinhalt beweist. Auch mit der cerebralen Kinderlähmung besteht keineswegs eine nothwendige Verknüpfung oder ein Parallelismus in der Schwere der Lähmungen und der psychischen Veränderung, eher ist dies schon beim regelmässigen Auftreten allgemeiner epileptischer Anfälle zu erwarten.

Vorkommen von Geistesstörung, Alkoholismus, Lues, Verbrechen in der Ascendenz ist zu unregelmässig, um von erheblicher Beweiskraft für die Diagnose des Einzelfalles zu sein, eine besondere Häufung psychischer Abweichungen, namentlich bei den Geschwistern, verliert deshalb nicht ihre Bedeutung.

Wir können die Besprechung der Diagnose nicht schliessen, ohne nochmals des Umstandes zu gedenken, dass bei vorhandener mässiger Schwäche der Entwicklung, namentlich um oder vor dem Beginn des dritten Decenniums, nicht selten weitergehende Krankheitsformen auftreten, dass insbesondere mehr oder weniger rasch zur Demenz führende Processe bei Personen getroffen werden, die erst durch die nachträgliche Prüfung des Vorlebens aus Anlass der schweren Erkrankung als bereits in der Jugend etwas Zurückgebliebene sich enthüllen.

Bei dem fliessenden Uebergange der Imbecillität zu der schwachen Begabung kann die forensische Beurtheilung der leichteren Form zu den schwierigsten Aufgaben des Psychiaters gehören. Nach dem eben Gesagten werden Sie sich hüten, zu viel zu verlangen, vielmehr immer den grossen Unvollkommenheiten der Bildung und Erziehung bei breiten Volksklassen, dem Aberglauben und Vorurtheile, den als natürliche Folgen unverstandener politischer und socialer Gedanken verbreiteten Thorheiten Rechnung tragen. Aber auch umgekehrt werden Sie nicht das Hersagen des Einmaleins oder von Sprüchen oder die Beherrschung von wohlklingenden Phrasen für einen Beweis normaler Geistesbildung halten.

Vor allem kann der Schwachentwickelte auch nicht allein aus seiner Haltung in der Anstalt oder der Haft beurtheilt werden, sondern nur nach seiner Fähigkeit, draussen im Leben, in richtiger Ueberlegung und nach Motiven aus wirklich in die Persönlichkeit eingewachsener sittlicher Gesinnung selbständig und verantwortlich sich zu bewegen.

Daher muss für die strafrechtliche Verantwortlichkeit im Einzelfall auch beachtet werden, ob die Gesetzwidrigkeit mit Affecten, mit Anregung durch die Umgebung, mit einer besonderen Situation zusammenhing, Umständen, denen gegenüber die Stärke der normalen Motive versagte.

Die Prognose ergibt sich aus dem Gesagten. Ein eigentlicher Rückgang der psychischen Beschaffenheit ist in uncomplicirten Fällen nicht zu erwarten, nur stärkeres Hervortreten der Unzulänglichkeit mit dem zunehmenden Alter ist anzunehmen. Bezüglich der äusseren Haltung hatten wir vor allen Dingen auf eine grössere affective Erregbarkeit in bestimmter Richtung Gewicht gelegt. Die oberflächliche, zerfahrene, unaufmerksame Gedankenthätigkeit führt zu erheblichen Schwierigkeiten, wenn sich Handlungsimpulse aus dem wenig verfeinerten affectiven Leben damit verbinden. Da es sich dabei meist um die Pubertätszeit handelt, muss man versuchen, die Kranken hierüber hinwegzubringen.

Ich habe mehrere Beispiele zu verzeichnen, wo jugendliche Imbecille nach wiederholten Eigenthumsvergehen und ganz unfähig zur richtigen Reaction auf die Strafe, aus der Haft zugingen und wo dann die Unterbrechung, weiterhin die Mässigung der freien Bewegung in Verbindung mit den sonstigen Einflüssen der Anstaltsbehandlung sich soweit heilsam erwies, dass die Kranken — älter und stetiger geworden — seit vielen Jahren ungestört bürgerlichen Berufen nachgehen.

Es ist nicht sowohl ihre intellectuelle Schwäche, als die Abweichung auch in der affectiven Sphäre gewesen, welche ihre Einpassung in geordnete Verhältnisse gehindert hat.

Im übrigen können die ärztlichen Maassregeln bei der Imbecillität sich von vornherein nur in bestimmten Grenzen bewegen und wirksam zeigen.

Nach dem Gesagten sind wir, abgesehen von den seltenen Fällen der Lues cerebralis (kaum von Schilddrüsendefecten) zu einer Beseitigung des Grundleidens im allgemeinen unfähig. Dies bezieht sich auch auf etwaige körperliche Lähmungserscheinungen, die jedoch nur selten uns in Anspruch nehmen gegenüber den Forderungen aus der geistigen Anomalie. Wir können nicht durch systematische Uebung das Gehirn in seinen einzelnen Theilen vermehren, wie wir andere Organe durch Arbeit zu stärkerer Entwicklung gelangen sehen.

Lediglich die bei der gegebenen Entwicklungsstufe überhaupt erreichbare Höhe der Function zu gewinnen, kann der Zweck der Behandlung sein. Mit Rücksicht auf die gleichzeitige Vermeidung jeder Schädigung des schwachen Organs muss der einzelne Fall sorgfältig auf seine Bearbeitungsfähigkeit geprüft werden. Der Unterricht verlangt Anpassung bezüglich des Wieviel und des Wie. Er ist im einzelnen Aufgabe des Pädagogen. Hier sollen nur die vom ärztlichen Standpunkte wichtigsten Grundzüge kurz berührt werden.

Bei der Bedeutung, die der Entwicklung des Gemüthslebens zukommt, ist mit dem Anlernen nicht viel gethan, vielmehr muss das Gebotene vor allem auf die Anregung der richtigen Gefühle hin ausgewählt werden. Die Antreibung soll beim Lernen Maass halten, nicht zu viel verlangen, lieber auf grösseren scheinbaren Fortschritt verzichten, als das glücklich erweckte Streben nach Lösung der gestellten Aufgabe durch zu hohe Ansprüche und folgendes Versagen ertödten.

Mehr als auf Belehrung kommt es auf Erziehung an. In vorsichtiger Weise muss der Einfluss der Umgebung geprüft und abgemessen, besonders wenn die Begehrungen erwachen, Aufsicht geübt werden (Sexuelles, Alkohol).

Alle solche Anforderungen lassen sich in der eigenen Familie oft schwer durchführen. Auch fällt das Kind damit aus dem gewöhnlichen Schulgange heraus. Die Imbecillität wird meist erst in den ersten Schuljahren in ihrem Umfange deutlich, bis dahin haben sich auch die Idioten, mit denen wir uns hier nicht beschäftigen, absondern lassen. Ist nun Zurückbleiben aus Seh- oder Hörschwäche, selten aus allgemeiner Erkrankung, Blutarmuth, Scrophulose u. s. w., ausgeschlossen, so kommt der Unterricht in den Hilfsclassen für Schwachbegabte in Frage. Wir haben ja davon gesprochen, dass die Abgrenzung hierbei eine willkürliche ist. Nun sind die Hilfsklassen eine vorzügliche Einrichtung, um durch Verringerung der Stundenzahl und Unterrichtszeit, des Klassenumfangs u. ähnl. die Aufnahme des Stoffes zu erleichtern und so die Kinder in sicherer Weise

bis zu einer etwas geringeren Stufe der Ausbildung als die Gesunden zu bringen. Es fragt sich aber noch, inwieweit die Methode des Unterrichts zu ändern ist, ob sie ohne Umwandlung in Tages-Internate auch für wirklich imbecille Kinder vollen Nutzen gewähren kann.

Bei Auftreten der unangenehmen Eigenschaften auf gemüthlichem Gebiete kommt für das Leben in der Familie auch die üble Beeinflussung der übrigen Kinder in Betracht. Meist ist das Kind dann weiter in die Schuljahre gelangt. Es ist üblich, solche Kinder in Privatanstalten oder auch in fremde Familien zu Aerzten, Lehrern, Pastoren aufs Land oder in kleinere Städte zu geben. Trifft man den richtigen Mann, so ist dies zweifellos ein gutes Verfahren. Man muss nur die Väter manchmal erst über die Sachlage belehren, weil sie es nicht immer leicht verstehen, dass Jemand von so gutem äusseren Verständnis anders als aus Nachlässigkeit und Liederlichkeit sich so benehmen könne, und weil sie oft in Strenge das einzige Heil sehen.

Dadurch werden solche Individuen aber mehr und mehr trotzig und schon aus diesem Grunde ist oft eine Entfernung wünschenswerth.

Womöglich soll die Erziehung in Anlehnung an die Gesellschaft anderer Kinder, aber ohne die Aufsicht zu verlieren oder gar gegenseitige Verschlechterung zu ermöglichen, stattfinden.

Zweckmässige Anstaltsbehandlung ist oft Bedürfnis, aber für Besitzende leichter zu beschaffen als für Unbemittelte. Nur für erstere ist durch tüchtige Institute genügend gesorgt.

Die Anstalten für Geisteskranke können für schwach Entwickelte im Kindesalter gar nicht in Frage kommen. Es fehlt die systematische Belehrung und Erziehung. Auch für die etwas älteren Kranken sind sie nicht immer geeignet. Zwar kann auf Beschäftigung, Weckung des Interesses und ähnliches noch hingearbeitet werden. Aber die bereits öfter zu Gesetzwidrigkeiten gelangten Kranken dieser Art können hier zum Theil nicht so kurz gehalten werden wie es erwünscht ist, weil die Regel der Anstalt für Geisteskranke möglichste Vermeidung von Zwang ist und Ausnahmemaassregeln für Einzelne immer misslich sind. Manche der mehrfach mit dem Gesetze in Conflict Gerathenen werden so schliesslich immer übermüthiger und widerspenstiger, laufen aus den offenen Abtheilungen immer wieder weg, bummeln und stehlen, nicht selten mit dem ausgesprochenen oder inneren Gedanken, dass ihnen dafür ja nichts geschehen könne. Man wird schliesslich zur Festhaltung gezwungen und damit zu Maassregeln, die sich schwierig mit Anregung, Weckung des Interesses an Beschäftigung, an ordentliche Lebensführung vereinbaren lassen.

Trotzdem würde man schliesslich nur als Nothbehelf die Abgabe der Kranken in Sonderanstalten für Geisteskranke mit besonders antisocialen Neigungen, wenn solche allmählich geschaffen werden, ansehen dürfen. Denn es sollte eigentlich die richtige Erkenntnis des Zustandes den Kranken viel früher, noch während der Kinderzeit, in Behandlung gelangen lassen, später wird der Erfolg sehr zweifelhaft. Bei den nicht erregbaren schwach Entwickelten fallen diese Schwierigkeiten grösstentheils weg, sie sind sogar zum Theil schon in passender Familienpflege leicht unterzubringen.

Die Idiotenanstalten können sich brauchbar für unsere Kranken im jugendlichen Alter erweisen, sie müssen jedoch richtig eingetheilt oder erweitert werden. Der besondere methodische Anschauungsunterricht, das stete Rückgreifen auf Sinneserregung bei Begriffsverwendung, die be-

schränkende Auswahl in den zu erfassenden Vorstellungen, die Hantirung mit Gegenständen von bestimmter Form und Farbe, Zahlenübungen u. s. w. sind für die bildungsfähigen Idioten hervorragende Hilfsmittel. Bei den uns beschäftigenden Imbecillen leichter Form, von denen die Gegenstände ohne besondere Hilfsmittel erfasst werden, sind sie im grossen und ganzen entbehrlich. Die Uebung der Aufmerksamkeit dagegen, namentlich auch die ausdauernde Beschäftigung mit einer Frage bis zur Lösung, die Schulung des Denkens im Zusammenhange bleibt eine umfängliche Aufgabe. Das wichtigere der beiden Mittel, die besondere Erziehung, muss recht frühzeitig zur Anwendung gelangen, damit nicht schon Verlogenheit, Stehlsucht, sexuelle Unarten sich festsetzen. Gemeinsame Spiele und Arbeiten werden Anschluss und Rücksichtnahme auf andere fördern und dabei Gelegenheit zur gemüthlichen Betonung zweckmässiger Regungen verschaffen. Streit muss vermieden, Wetteifer mit äusserem Lohne sehr vorsichtig angewandt werden u. s. w. Dazwischen schiebt sich die Ausbildung durch Unterweisung in Handwerken und Fertigkeiten — namentlich auch in gärtnerischen, landwirthschaftlichen — wenn auch zunächst nur stundenweise. Hier kommt es vorläufig nicht sowohl auf Gewinn der Fähigkeit zum ausreichenden Erwerbe an, als auf die Gewöhnung an Arbeit, das Hervorrufen eines Bedürfnisses nach Bethätigung und Erfolg in dieser Hinsicht. Kann man dabei den zukünftigen Beruf, der je nach dem Einzelfalle zu wählen ist, berücksichtigen, um so besser. Alle diese Bestrebungen hängen wesentlich von der persönlichen Einwirkung ab. Da es nicht gelingen kann, das höhere Gemüthsleben zu einer dem Gesunden gleichen Wirksamkeit auszubilden, muss umsomehr durch unausgesetzte Ueberwachung und sorgfältige Beachtung auch bezüglich aller Kleinigkeiten, welche zu unrichtigen Handlungen Anlass geben können, letzteren vorgebeugt und durch die ganze Ordnung der Umgebung auch in den Einzelheiten eine mehr automatische Gewöhnung an das richtige Benehmen bei dem Schwachentwickelten hervorgerufen werden. Dies gelingt natürlich nur, wenn noch keine üblen Eigenschaften sich entwickelt haben und das Kind noch der Autorität bedingungslos folgt. Bemittelten Eltern gelingt es in gut eingerichteten Anstalten, diese äusserlich richtige Haltung den Kindern anerziehen zu lassen. Aber es ist nicht immer leicht, sie nachher im Leben noch möglichst lange, bis ins gesetztere Alter vor der Verschlechterung durch üble Einflüsse zu bewahren. Der Umgang mit anderen, auch nicht verdorbenen Genossen im Berufe führt oft zu Unzuträglichkeiten oder Schädigungen.

Schwieriger noch ist die Aufgabe der Ausbildung Schwachentwickelter aus den unbemittelten Volksclassen. Ihre Lösung durch besondere Form der Erziehung ist jedoch hier erst recht in Angriff zu nehmen. Ein Theil der Schwachentwickelten gelangt sonst mit den Pubertätsjahren, ja schon früher, auf die Bahn des Bummler- oder Verbrecherthums und kann durch seine Lebensweise eine erhebliche Steigerung seiner socialen Untauglichkeit oder Gefährlichkeit erleiden.

Sie sehen daraus, dass die richtige Erkenntnis der Imbecillität in möglichst früher Zeit und die zweckmässige Fürsorge für solche Kranke eine Wichtigkeit auch für die Forderung der Gesittung besitzt.

11. VORLESUNG.

Die psychiatrische Begutachtung vor Gericht.

Von

E. Mendel,

Berlin.

Meine Herren! Die psychiatrische Wissenschaft hat sich erst nach langen und schweren Kämpfen einen gesicherten Platz in der Beurtheilung zweifelhafter geistiger Zustände in foro erworben.

Obwohl schon *Paulus Zachias* in seinen Quaestiones medico legales (Rom 1621—1650) die Zuziehung von Aerzten im Strafprocess forderte, haben in den folgenden Jahrhunderten mancherlei Gegner die gerichtsärztliche Thätigkeit, soweit sie die Geisteskrankheiten betraf, befehdet und erschüttert.

War es doch unter anderen kein Geringerer als *Kant,* welcher in dem § 49 seiner Anthropologie forderte, dass, wenn jemand vorsätzlich ein Unglück angerichtet hat, und ausgemacht werden muss, ob er damals verrückt gewesen sei oder nicht, das Gericht ihn nicht an die medicinische, sondern an die philosophische Facultät verweisen müsste. Der Ausspruch von Dr. *Coste*, welchen der Advocat *Regnault* im Jahre 1828 vertrat, dass es nämlich keinen Menschen von gesundem Menschenverstand gibt, welcher nicht ebenso tüchtig wäre, in der Frage, ob zurechnungsfähig oder nicht, zu urtheilen wie *Pinel* und *Esquirol,* und welcher nicht ausserdem vor diesen den Vorzug hätte, frei von jedem wissenschaftlichen Vorurtheil zu sein, hat noch jetzt nicht blos unter den Laien und in der Presse, sondern auch unter hervorragenden Juristen, wie die Discussionen der allerletzten Zeit gezeigt haben, seine Vertreter.

Ob jemand einen Knochenbruch erlitten, ob er blind oder taub sei, das zu entscheiden überlässt ohne Widerstreben der Richter dem sachverständigen Urtheil der Aerzte, ob eine Geisteskrankheit vorhanden ist oder nicht, dazu gehört nach Ansicht Vieler nur der sogenannte „gesunde Menschenverstand".

Man muss allerdings anerkennen, dass auf der einen Seite die psychiatrische Wissenschaft lange hinter den übrigen Disciplinen der Me-

dicin zurückgeblieben ist, dass die Schwierigkeit der Diagnose in einer Reihe von Fällen, ob geisteskrank oder nicht, grösser ist als die Frage, ob krank oder gesund, in Bezug auf die meisten übrigen körperlichen Organe, dass ferner die psychiatrische Klinik bis in die neueste Zeit hin gewissermaassen abseits von dem medicinischen Studium lag — auf der andern Seite aber liegt doch die Schuld an der mangelnden Anerkennung psychiatrischer Gutachten seitens der Gerichte nicht selten in den begutachtenden Aerzten selbst, vor allem darin, dass sie sich auf Wege begeben, welche ihrer Wissenschaft fremd sind, dass sie sich mit der Lösung psychologischer Fragen, auch wohl psychologischer Räthsel in Bezug auf die That des Angeschuldigten, mit dem freien Willen und dessen Ausschluss beschäftigen, lauter Dinge, in deren Beurtheilung der Richter, welcher auch Psychologie gehört hat, und der Geschworene, welcher ebenfalls sein System „über den freien Willen" hat, sich mindestens für ebenso competent halten als der ärztliche Sachverständige.

Die Erfahrung lehrt, dass es leider nicht überflüssig ist, an die Spitze einer Besprechung der psychiatrischen Begutachtung vor Gericht den Satz zu stellen:

Das psychiatrische Gutachten muss ein medicinisches sein, d. h. es darf nur auf die sicheren Erfahrungen der psychiatrischen Wissenschaft aufgebaut werden und muss rein psychologische Betrachtungen und Schlussfolgerungen durchaus vermeiden.

In dem Augenblick, in welchem der ärztliche Sachverständige das medicinische Gebiet verlässt, kommt er nur zu häufig in ein Kreuzfeuer zwischen Ankläger und Vertheidiger, in welchem der Arzt, in der ungewohnten Situation der gerichtlichen Verhandlung beengt, nur zu leicht in Widersprüche verwickelt wird, welche in weiterer Folge auch den medicinischen Theil seines Gutachtens zu erschüttern geeignet sind.

Die psychiatrische Begutachtung kann eine Frage des Strafrechts oder eine des bürgerlichen Gesetzes betreffen. Wir beginnen unsere Besprechung mit dem Strafrecht und hier mit der Frage

der Zurechnungsfähigkeit.

Einer Person, auf welche die Voraussetzungen des § 51 des D. St. G. B. zutreffen, wird eine an und für sich strafbare Handlung nicht zugerechnet, die Person bleibt straffrei.

Der § 51 lautet:

> Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Ist der Sachverständige beauftragt worden, ein Gutachten darüber abzugeben, ob im concreten Falle die Voraussetzungen dieses Paragraphen vorhanden sind, so beginne er seine Thätigkeit damit, die Acten zu studiren. In der Regel wird er das Ersuchen stellen, die Acten ihm in seine

Wohnung zur Einsicht zu senden, wenn der Aufforderung, ein Gutachten abzugeben, die Acten nicht schon beigefügt sind.

(§ 80 der Strafprocessordnung: Dem Sachverständigen kann zur Vorbereitung seines Gutachtens gestattet werden, die Acten einzusehen.)

Sodann folgt die persönliche Untersuchung des Angeschuldigten, welche nach den Grundsätzen der Klinik stattzufinden hat, und auf Acteninhalt und Ergebnis dieser Untersuchung muss das Gutachten aufgebaut werden. Dasselbe wird in der Regel aus drei Theilen zu bestehen haben: der Vorgeschichte nach dem Acteninhalt und den Angaben des Untersuchten, dem Ergebnis der eigenen Untersuchung, resp. Beobachtung und den Schlussfolgerungen aus dem Vorangegangenen, dem eigentlichen Gutachten.

Die Vorgeschichte wird die hereditären Verhältnisse, den Entwicklungsgang des Individuums in der Schule, in seinem Beruf (auch die Frage, ob derselbe Soldat gewesen, eventuell warum nicht, ist zu beantworten), die Lebensgewohnheiten (Alkohol, Tabak, anderweitige Intoxicationen), beim weiblichen Geschlecht Menstruation, eventuell Geburten und Aborte zu erörtern, sodann etwa überstandene körperliche (auf syphilitische Infection, wie auf etwa vorangegangene epileptische Zustände ist besonders Rücksicht zu nehmen) oder geistige Krankheiten, frühere Conflicte mit der Polizei oder dem Strafgesetz aufzunehmen haben.

Sodann ist die That, welche den Gegenstand des eingeleiteten Strafverfahrens bildet, nach der Angabe der Acten zu schildern und endlich, soweit ärztliche Gutachten bereits vorliegen, das Wesentliche derselben mitzutheilen.

Das Ergebnis der Untersuchung hat mitzutheilen, ob der Untersuchte orientirt über Ort und Zeit ist, wie die Auffassung seiner Persönlichkeit ist, ob er erregt oder deprimirt oder apathisch erscheint, ob er Wahnvorstellungen hat, expansive, depressive, paranoische mit Verfolgungsvorstellungen, combinirte (Verfolgungs- und Grössenwahn), systematisirte (d. h. ein System, in welches die verschiedensten Wahnvorstellungen eingefügt werden), ob Sinnestäuschungen und eventuell in welchem Sinne (Gesicht, Gehör, Geruch, Geschmack, cutane Hallucinationen und solche im Temperatur- oder Muskelgefühl oder kinästhetische Hallucinationen und solche des Organgefühls) bestehen. Der Zustand des Gedächtnisses und der Intelligenz wird besonders zu berücksichtigen sein.

Bei der Feststellung und Abwägung der letzteren psychischen Fähigkeiten ist die genossene Schulbildung wie die sociale Stellung des Untersuchten ganz besonders zu berücksichtigen.

Sodann wird ausführlich mitzutheilen sein, wie der Angeschuldigte sich zu den Angaben der Zeugen, der Anklage über seine That verhält.

Hier wird in erster Reihe die Frage zu beantworten sein, ob der Angeschuldigte sich der That erinnert, voll oder theilweise; auf welche Zeit sich die angebliche Amnesie erstreckt, wie und wo er sich vor und wie und wo er sich nach der That befand.

Wenn der Angeschuldigte der That sich erinnert und dieselbe zugesteht, so ist dann weiter das etwaige Motiv, die Einsicht in das Un-

recht, das er begangen, die etwaige Reue zu erörtern und dabei der Zustand der ethischen und religiösen Gefühle in Betracht zu ziehen.

Der Bericht über die körperliche Untersuchung hat das Verhalten der Sprache, der Pupillen, der Sehnen- und Hautreflexe, die Motilität und Sensibilität zu verzeichnen. Ferner ist auf den Zustand der Zunge (Narben?), auf die Zeichen des chronischen Alkoholismus (Gefässsystem, Zittern der Zunge und Hände, Leber) zu achten. Die Beschaffenheit des Urins muss verzeichnet werden.

Endlich ist die Form des Schädels, das Vorhandensein oder Fehlen von sogenannten Degenerationszeichen an Ohren, Augen, Zähnen, Gaumen u. s. w. zu erwähnen.

In einer gewissen Zahl von Fällen wird sich ohne Schwierigkeit auf Grund der Vorgeschichte, wie auf Grund der Ergebnisse der Untersuchung in dem nun folgenden Gutachten die psychiatrische Diagnose ergeben. Unter kurzer und präciser Zusammenfassung der wesentlichen Symptome wird diese Diagnose bald auf eine Entwicklungshemmung des Gehirns und einen dadurch bedingten geistigen Schwächezustand (Imbecillitas, Idiotie) oder auf einen später secundär entstandenen Blödsinn (nach einer primären functionellen Psychose, nach Epilepsie, nach den verschiedensten Intoxicationspsychosen) oder auf einen eine organische Hirnkrankheit begleitenden Zustand von Demenz (progressive Paralyse, senile Demenz) zu lauten haben.

Oder es kann ein Zustand von chronischer Paranoia mit ihren Wahnvorstellungen (ohne oder mit Hallucinationen) bei nicht wesentlich eingeschränkter Intelligenz oder ohne überhaupt nachweisbaren Intelligenzdefect bestehen. Es muss der Beschreibung der speciellen Krankheiten überlassen bleiben, ihre besondere forensische Bedeutung zu erörtern.

Die Natur der Krankheit, die in den Acten befindlichen Zeugenaussagen, die ärztlichen Atteste über den früheren geistigen Zustand des Angeschuldigten lassen sehr oft dann keinen Zweifel, dass jener krankhafte Geisteszustand bereits zur Zeit der Begehung der Handlung bestanden hat.

Besondere Schwierigkeiten erwachsen bei der forensischen Beurtheilung nicht allzu selten in Fällen von Imbecillität mit besonderer Neigung zu unsittlichen Handlungen (sogenannter moralischer Blödsinn).*

Es ist zuweilen recht schwer, den Richter von der krankhaften Natur eines geistigen Zustandes zu überzeugen, bei welchem weder Wahnvorstellungen noch Sinnestäuschungen vorhanden sind, bei welchem die gewöhnlichen Fragen gut beantwortet, das Gedächtnis keine nennenswerthe Lücke zeigt, wohl auch die Strafbarkeit der begangenen Handlung zugegeben wird, der dieselbe verbietende Paragraph des Strafgesetzbuches oder das betreffende göttliche Verbot dem Thäter bekannt ist.

Die Schwierigkeit wird vergrössert, wenn der Entwicklungsgang des Menschen, sein Verhalten in der Schule und in der Lehre nicht genügend aufgeklärt ist oder die Anamnese im Wesentlichen durch das Verzeichnis der bereits verbüssten Strafen ausgefüllt wird und die

* Das Nähere ist in der Vorlesung über Imbecillität pag. 317 zu sehen.

begangene strafbare Handlung anscheinend mit grosser Schlauheit ausgeführt wurde.

Ein Beispiel möge dies erläutern. Ein 32jähriger Mann, der auf dem Lande geboren, dort von Kindheit an nur mit Hüten von Schafen beschäftigt wurde, stand wegen Einbruchs vor einer Strafkammer in Berlin. Er war dreimal bereits wegen Einbruchs, zuletzt mit $2^1/_2$ Jahren Zuchthaus bestraft und hatte den neuen Einbruch sogleich nach Entlassung aus jenem begangen.

In den Acten befand sich ein Bericht aus dem Zuchthaus, in welchem er als der schlaueste Verbrecher bezeichnet wurde. Bei der öffentlichen Verhandlung antwortete er dem Vorsitzenden überhaupt nicht. Als ich ihn sodann wegen dieses seines Verhaltens bei meiner Untersuchung im Untersuchungsgefängnisse zur Rede stellte, sagte er: „Er hätte bei der Verhandlung aus dem Fenster gesehen und dort den Gang der Pferdebahnen vor dem Gerichtsgebäude in Moabit beobachtet. Das hätte er noch nie gesehen und ihn so amüsirt, dass er für das Andere kein Interesse hatte.“ Die weitere Untersuchung ergab neben einer grossen Reihe körperlicher Degenerationszeichen die unzweifelhaften Zeichen eines Mangels jedes sittlichen Gefühles, Gleichgiltigkeit gegen die begangene That wie in Bezug auf die zu erwartende Strafe, dabei einen Mangel an Intelligenz, welcher nicht allein durch den Mangel jeder Schulbildung erklärt werden konnte.

Der Angeschuldigte wurde entsprechend meinem Gutachten auf Grund des § 51 freigesprochen.

Da, wo eine genaue Geschichte des Lebens vorliegt, wird der Sachverständige nach eingehender Untersuchung meist auch ohne Beobachtung in einer Irrenanstalt zu einer Entscheidung kommen können, andernfalls wird jene auf Grund des § 81 der Strafprocessordnung zu beantragen sein.

Auch Zustände von chronischem Alkoholismus, welche zu einer geistigen Schwäche geführt haben, können in ähnlicher Weise der Feststellung Schwierigkeiten bereiten, da für die oberflächliche, nicht ärztliche Betrachtung nur der „Säufer“ der Beurtheilung, resp. Verurtheilung unterliegt, nicht die chronische geistige Störung in Erwägung gezogen wird, welche durch das Gift hervorgebracht wird.

In einzelnen derartigen Fällen ist man zu der Diagnose einer Vermischung der Verbrechernatur mit Geisteskrankheit gekommen. Eine Discussion darüber mag ein theoretisches Interesse haben, für die praktische Lösung des Falles genügt der Nachweis der Krankheit.

Nach Stellung der Diagnose wird es Aufgabe des Sachverständigen sein, die Entstehung der incriminirten Handlung, so weit es möglich, aus dem krankhaften Zustand zu erläutern, das Benehmen des Thäters während und nach derselben und sein jetziges Verhalten bei der Vorhaltung derselben mit dem krankhaften Zustand in Zusammenhang zu bringen. Es ist jedoch zur Anwendung des § 51 nicht nothwendig, einen directen Zusammenhang zwischen Geisteskrankheit und That zu erweisen.

Die ursprüngliche Fassung des § 51 (§ 49 des Entwurfs) verlangte den Ausschluss der freien Willensbestimmung „in Bezug auf die Handlung“. das „in Bezug auf die Handlung“ wurde jedoch später gestrichen.

Bei der Betrachtung der Entstehungsweise der Handlung hat man wohl zu berücksichtigen, dass in einer sehr erheblichen Zahl der von Geisteskranken begangenen strafbaren Handlungen das Zustandekommen und die Ausführung derselben viel weniger aus der Macht des krankhaften Anreizes als vielmehr durch die Schwäche jener contrastirenden Vorstellungen sich erklärt, welche als Product der Erziehung, als moralisches Gefühl, als Furcht vor Strafe einen auftretenden Impuls zu einer strafbaren Handlung in ihrer Entstehung hemmen oder in ihrem Verlauf unterdrücken.

Kommt der Sachverständige zu einem die Geisteskrankheit bejahenden Urtheil, so wird der Schlusssatz des Gutachtens zu lauten haben:

Der Angeschuldigte ist geisteskrank. Derselbe hat sich auch zur Zeit der Begehung der Handlung in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 51 des deutschen Strafgesetzbuches befunden.

Die meisten Gerichtsärzte sagen „krankhafte Störung der Geistesthätigkeit, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war"; die wissenschaftliche Deputation des Medicinalministeriums wie ich selbst lehnen es ab, sich über die freie Willensbestimmung auszusprechen.

Ich selbst thue es, einmal weil der in den Motiven zum Strafgesetzbuch ausgesprochene Wille des Gesetzgebers die Entscheidung über die Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung dem Richter vorbehalten wissen will, andererseits weil der freie Wille und demnach auch der Ausschluss der freien Willensbestimmung kein medicinischer oder psychiatrischer Begriff ist und ich mit der Erklärung über den Ausschluss freier Willensbestimmung aus meinem speciell sachverständigen Gebiete herausgehe.

Ich setze aber zu der „krankhaften Störung" „im Sinne des § 51" hinzu, weil nicht jede krankhafte Störung der Geistesthätigkeit straffrei machen soll. Eine unerhebliche Zwangsvorstellung, eine leichte hypochondrische Angst ist z. B. eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit; man wird aber mit solchen oder anderen nicht erheblichen Abnormitäten Behaftete nicht für zurechnungsunfähig erklären wollen. Es muss die krankhafte Störung eine gewisse Erheblichkeit haben, sie muss vor Allem wie die Geisteskrankheit ihrer Natur nach und wegen ihrer Erheblichkeit geeignet sein, einen Einfluss auf das Handeln auszuüben.

Wenn, wie häufig, besonders die Staatsanwälte auf der Beantwortung der Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung beharren, so lehne der Sachverständige dies trotzdem aus den oben angeführten Gründen ab, eventuell berufe er sich auf die wissenschaftliche Deputation des Ministeriums.

In einer anderen Reihe von Fällen ergibt die Untersuchung zwar das augenblickliche Bestehen einer Geisteskrankheit, aber die Art derselben, die Anamnese und die gerichtliche Beweiserhebung lassen eine geistige Störung des Angeschuldigten zur Zeit der That nicht erkennen (es kann z. B. geistige Erkrankung während der Untersuchungshaft, durch dieselbe bedingt, eingetreten sein).

In solchen Fällen hat der Sachverständige zu begutachten, ob der Angeschuldigte verhandlungsfähig ist.

Verhandlungsunfähig ist derjenige, welcher nicht im Stande ist, dem Gange einer Verhandlung zu folgen, in derselben in angemessener Weise sein Recht zu wahren, seine Vertheidigung in verständiger und verständlicher Weise zu führen (Reichsgerichtsentscheidung vom 8. Januar 1897).

Das Gericht kann in dem Falle, dass der Angeschuldigte nach der That in Geisteskrankheit verfallen ist, die vorläufige Einstellung des Verfahrens beschliessen (§ 203 der Strafprocessordnung).

Es kommt drittens nicht allzu selten vor, dass der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung geisteskrank war, jetzt aber gesund ist.

Er kann zur Zeit der Handlung an einer Melancholie oder Manie gelitten haben, von welcher er jetzt geheilt ist, er kann in einem Anfall einer periodischen Geisteskrankheit sich befunden haben, jetzt aber gesund sein, er kann in dem Zustande einer Intoxicationspsychose (speciell alkoholistischen) die That begangen haben.

Die Feststellung wird durch die Vorgeschichte, die Zeugenaussagen, die Schilderung des Angeschuldigten, soweit sie einwandsfrei ist, zu geschehen haben.

Besteht oder bestand eine der oben bezeichneten Krankheiten nicht, so wird die weitere Frage die sein, ob sich der Thäter zur Zeit der That in einem Zustande von Bewusstlosigkeit befunden hat. Unter Bewusstlosigkeit ist Aufhebung des Selbstbewusstseins zu verstehen.

In einem Zustande von Bewusstlosigkeit, einem Zustande, welcher mit der Aufhebung jedes geistigen Vorganges verbunden ist, wie z. B. bei dem unbeweglich daliegenden, von einer Apoplexia cerebri getroffenen oder bei dem mit allgemeinen Krämpfen im classischen epileptischen Anfall sich befindenden Individuum, kommt es überhaupt zu willkürlichen Handlungen nicht; höchstens kann hier der Körper des Kranken als physikalische Masse die Schädigung eines anderen herbeiführen. (Z. B. ein Kind wird erstickt durch die in demselben Bett liegende, in Krämpfen auf das Kind fallende Mutter.)

Unter Selbstbewusstsein verstehen wir die Thatsache, dass das Ich, die Persönlichkeit, die augenblicklichen oder soeben vorhanden gewesenen Vorgänge des Bewusstseins in Verbindung oder in Gegensatz zu der Aussenwelt bringt.

Aus der Geschichte der Entstehung des § 51 lässt sich ferner erkennen, dass mit dem Zustande von Bewusstlosigkeit ein vorübergehender Zustand gemeint ist, nicht jene andauernde Aufhebung des Selbstbewusstseins, welche die Endstadien vieler Geisteskrankheiten begleitet.

Soweit aber die Zustände von Bewusstlosigkeit, welche zur Zeit der Begehung der Handlung vorhanden waren, Theilerscheinungen einer andauernden, auch zur Zeit der Untersuchung bestehenden Geisteskrankheit sind, wie z. B. die epileptoiden Anfälle der Paralytiker, der Dementia senilis, der chronischen epileptischen Geisteskrankheiten u. s. w., erscheint es praktischer, den in Frage kommenden Zustand nicht unter die „Bewusst-

losigkeit", sondern unter die krankhafte Störung der Geistesthätigkeit einzureihen.

Dagegen werden sich nicht hierunter einreihen lassen:

1. Zustände von Bewusstlosigkeit durch acute Intoxicationen, unter welchen der Alkoholrausch (sinnlose Trunkenheit) wegen seiner Häufigkeit die erste Stelle einnimmt. Solche bewusstlose Zustände werden auch bei Vergiftungen durch Absinth, Opium und seine Präparate, Cocain, Colchicum, Hyoscyamus, Aether sulf., Chloroform beobachtet.

2. Zustände von Bewusstlosigkeit bei Epileptikern, welche im Uebrigen noch nicht als geisteskranke Epileptiker bezeichnet werden können.

Kurzdauernde, in wenigen Augenblicken oder Minuten verlaufende Anfälle nennt man epileptoide, länger dauernde, selbst stunden- und wochenlang anhaltende Dämmerzustände. Treten in diesen letzteren Hallucinationen auf, so kann man von Traumzuständen sprechen und endlich werden solche Anfälle mit pathologisch gesteigertem Thätigkeitsdrang als epileptische Tobsucht bezeichnet.

Derartige Anfälle können als Aequivalente des classischen epileptischen Anfalles auftreten, sie können dem epileptischen Anfall unmittelbar vorangehen (präepileptischer Dämmerzustand) oder ihm unmittelbar folgen (postepileptischer Dämmerzustand).

3. Aehnliche Zustände werden bei der Hysterie und Hysteroepilepsie beobachtet, hierher gehören auch die Fälle von Somnambulismus, soweit sie nicht epileptischer Natur sind.

4. Die Bewusstlosigkeit der Gebärenden.

5. Die bei heftigen Affecten, sei es infolge acut einwirkender psychischer Traumen, sei es infolge von körperlichen Schmerzen, wobei in der Regel die individuelle pathologische Veranlagung (Hereditarier, Neurastheniker) mit in Rechnung zu ziehen sein wird.

6. Die bei fiebernden Kranken.

7. Die im Zustande von Schlaftrunkenheit (Somnolentia). Dass dieser intermediäre Zustand zwischen Schlafen und Wachen so lange dauert, dass in demselben strafbare Handlungen sich vollziehen können, wird in der Regel nur dann möglich sein, wenn individuelle Anlage oder dem Schlaf unmittelbar vorangegangene schädigende Momente den letzteren zu einem besonders schweren machen.

Um den Nachweis zu führen, dass zur Zeit der That ein Zustand von Bewusstlosigkeit vorhanden gewesen ist, wird in erster Reihe zu erörtern sein, ob eine der erwähnten Ursachen, welche Bewusstlosigkeit hervorzurufen im Stande sind, vorhanden gewesen ist (Intoxication, Epilepsie u. s. w.), oder für einzelne andre Ursachen (4, 5, 7), ob eine besondere nervöse Disposition vorhanden ist oder war.

In zweiter Reihe wird das eventuell durch Zeugen nachzuweisende Verhalten des Thäters während und unmittelbar nach der That zu erörtern sein.

Die Plötzlichkeit und Unmotivirtheit, die sinnlose Ausführung der That, die völlige Rücksichtslosigkeit auf Ort und Umgebung wird ebenso, wie ein etwa nach der That ruhiges Hinlegen und Schlafen an dem

Orte derselben, ein eingetretener epileptischer Anfall oder ein zweckloses Umherlaufen die Diagnose der Bewusstlosigkeit unterstützen.

Das Vorhandensein derselben wird dadurch nicht widerlegt, dass einzelne Zeugen angeben, dass der Thäter ihnen geantwortet, dass er anscheinend verständig gesprochen, da wir wissen, dass im Dämmerzustand solches Verhalten trotz Aufhebung des Selbstbewusstseins vorkommt.

Von entscheidender Bedeutung für eine vorangegangene Bewusstlosigkeit ist die für die Zeit derselben vorhandene völlige oder partielle Amnesie. Gerade für dieses Merkmal fehlt aber nicht selten der unzweideutige Nachweis.

Häufig genug sagt der Thäter: „Ich weiss von nichts." Durch wiederholte Untersuchung, durch geschickte Fragestellung lässt sich nicht selten das Unrichtige der Behauptung feststellen.

Aber auch dann, wenn eine gewisse Erinnerung vorhanden ist, beweist sie nicht, dass ein Zustand von Bewusstlosigkeit nicht vorhanden war.

Zuweilen ist der Defect der Erinnerung nur ein partieller, zuweilen hat der eine Simulation nicht beabsichtigende Thäter durch häufige Vernehmungen, Verlesungen von Protokollen, Zeugenaussagen u. s. w. so viel von seiner That und deren Einzelheiten gehört, dass schliesslich das, was er erzählt, nicht mehr aus seinem Erinnerungsvermögen für die That, sondern aus der Reproduction jener Vorhaltungen stammt, er selbst beides nicht mehr auseinanderhalten kann.

Kommt der Sachverständige zu einem positiven Ergebnis, dann würde das Gutachten damit schliessen, zu sagen:

Der Angeschuldigte befand sich zur Zeit der Begehung der Handlung in einem Zustande von Bewusstlosigkeit im Sinne des § 51 des D. St. G. B.

Nicht allzu selten genügen aber Acteninhalt und persönliche Untersuchung nicht, um dem Sachverständigen ein sicheres Urtheil zu ermöglichen.

In solchen Fällen hat der Sachverständige unter Darlegung der Umstände, welche eine Beobachtung des Angeschuldigten nothwendig machen, dieselbe auf Grund des § 81 der St. P. O. zu beantragen.

Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Vertheidigers anordnen, dass der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde.

Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

Zu diesem Antrag auf Beobachtung wird der Sachverständige in der Regel auch geneigt sein, wenn er Simulation vermuthet. Längere Zeit durchgeführte Simulation von Geisteskrankheit ist sehr selten, man wird um so weniger dazu kommen, auf Grund einer einmaligen oder auch wiederholter Untersuchung jene als sicher anzunehmen, da es öfters vorkommt, dass thatsächlich Geisteskranke einzelne Symptome simuliren.

Ergibt sich weder aus den Angaben des Angeschuldigten, noch aus den Acten, noch endlich aus den Feststellungen der Untersuchung, eventuell

auch nach der in einer Irrenanstalt geschehenen Beobachtung, dass derselbe jetzt geisteskrank oder zur Zeit der That bewusstlos oder geisteskrank war, dann wird das Gutachten dementsprechend zu lauten haben, dass der Angeschuldigte sich weder in einem Zustande von Bewusstlosigkeit noch in einem solchen von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit zur Zeit der Begehung der Handlung befunden hat.

In nicht seltenen Fällen wird jedoch der Sachverständige mit diesem Satz nicht zum Abschluss seines Gutachtens kommen.

Wenn auch das preussische Obertribunal durch seine Erkenntnisse vom 4. April 1855 und 6. September 1861 seine Ansicht dahin präcisirt hatte, dass Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit sich wechselseitig ausschliessen, dass ein Mischungsverhältnis beider Zustände und ein daraus hervorgehender gradueller Unterschied der Zurechnungsfähigkeit undenkbar sind, und wenn auch das deutsche Strafgesetzbuch eine verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht kennt, so kann es doch vom ärztlichen Standpunkte aus nicht zweifelhaft sein, dass Uebergänge zwischen geistiger Gesundheit und Geisteskrankheit vorhanden sind, und dass es eine grosse Zahl von Menschen gibt, welche zwar für ihre Handlungen verantwortlich zu machen sind, deren Strafthaten aber doch milder beurtheilt werden müssen, als die geistig völlig normaler Menschen.

In jene Kategorie gehört eine Reihe von Hereditariern, welche als geistig normal imponiren, in ihren Stellungen, ihrem Beruf durchaus nichts Krankhaftes zeigen, bei denen aber eine plötzlich durch äussere oder innere Einflüsse hervorgebrachte Aenderung der Gemüthslage, ein stärkerer Affect eine vorübergehende Verrückung des inneren Gleichgewichtes, eine Störung im Ablauf der Vorstellungen hervorbringt.

Die Handlung, welche sich daraus oft ganz plötzlich entwickelt, steht nicht selten in vollem Widerspruch zu dem Charakter des Thäters, man konnte sich einer solchen von ihm „nicht versehen", die Schwere des Verbrechens steht in keinem Verhältnisse zu der Geringfügigkeit des Motivs.

In ähnlicher Weise wie bei Hereditariern, werden derartige Zustände öfter bei Menschen, welche ein Trauma, speciell ein Trauma des Kopfes erlitten haben, ferner als Residuen einer schweren körperlichen Erkrankung, als Folgezustände lang anhaltenden seelischen Kummers gesehen.

Zuweilen sind die genannten Erscheinungen auch Stigmata einer sich entwickelnden Geisteskrankheit.

Verurtheilt, werden diese Individuen während des Beginns der Strafhaft unter den körperlichen und geistigen Schädigungen, welche dieselbe mit sich führt, nicht selten thatsächlich geisteskrank.

Der Sachverständige hat unter den hier geschilderten Verhältnissen die Pflicht, den Richter auf jene Erfahrungen der Wissenschaft aufmerksam zu machen und ihm die Annahme mildernder Umstände nahe zu legen.

Gerecht wird allerdings das Strafrecht der Besonderheit jener Thäter erst dann werden, wenn es die Strafvollstreckung in anderer Weise für dieselben regelt, als für die gewöhnlichen Verbrecher.

Dem vermindert Zurechnungsfähigen durch die Strafe nicht einen Schaden zuzufügen, welcher weit über die humanen Grenzen derselben hinausgeht, ist Aufgabe des Strafvollzuges.

Eine Besprechung der Zurechnungsfähigkeitsfrage darf nicht geschlossen werden, ohne das wichtige Erkenntnis des 1. Strafsenats des Reichsgerichtes vom 23. October 1890 noch zu erwähnen.

Dasselbe begründet des Näheren, dass dem Angeklagten die Zurechnungsfähigkeit nachgewiesen werden muss, nicht etwa, dass die Straflosigkeit nur bei dem Nachweis der Unzurechnungsfähigkeit eintreten soll.

„Entstehen daher nach dem Ergebnisse der Beweisaufnahme begründete Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten, so hat der Richter zu prüfen, ob er gleichwohl noch die Ueberzeugung von dem Erwiesensein jenes Schuldmerkmals erlangt hat, oder ob er wegen Nichterwiesenseins (der Zurechnungsfähigkeit) freisprechen muss."

Durch die Anwendung dieser Entscheidung wird der Richter im Stande sein, da noch sein Urtheil sprechen zu können, wo das sachverständige ärztliche Gutachten zu einem sicheren Ausspruch darüber nicht kommt, ob die Voraussetzungen des § 51 im vorliegenden Falle vorhanden sind oder nicht.

Abgesehen von dem § 51, können Anklagen auf Grund des § 176, 2 und auf Grund des § 224 des Strafgesetzbuches psychiatrische Begutachtung nothwendig machen.

In dem ersteren Falle handelt es sich darum, ob eine Frau, welche zum außerehelichen Beischlaf gemissbraucht worden, in einem willenlosen oder bewusstlosen Zustande sich befunden hat oder geisteskrank war, in dem letzteren darum, ob eine Körperverletzung Geisteskrankheit zur Folge gehabt hat.

In beiden Fällen ist der Ausdruck „geisteskrank" im weitesten Sinne zu fassen, die Einschränkung, welche im § 51 gegeben ist, existirt hier nicht, und es können sich demnach unter Umständen nur die ärztlichen Schwierigkeiten einer Diagnose überhaupt ergeben.

Ich wende mich jetzt zu

den Fragen des bürgerlichen Rechts.

Wenn eine volljährige Person an einem geistigen Gebrechen leidet, dieselbe dadurch verhindert wird, einzelne ihrer Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis ihrer Angelegenheiten, insbesondere ihre Vermögensangelegenheiten, zu besorgen, so kann sie für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten (§ 1910 des Bürgerl. Gesetzbuches).

Zur Stellung eines Antrages bei dem zuständigen Vormundschaftsgericht ist jeder berechtigt, welcher ein Interesse an der anzuordnenden Pflegschaft hat.

Der Sachverständige wird zur Begründung des Antrages auf Stellung einer Person unter Pflegschaft in seinem Gutachten auszuführen haben, einmal dass jene geisteskrank ist, und dann dass die Krankheit sie hindert, bestimmte Geschäfte zu erledigen, wobei es sich in der Regel um die Vermögensverwaltung handelt. Nach dem citirten Paragraphen darf die Pflegschaft nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, dass eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

Diese Einwilligung wird ohne Schwierigkeit nur in einer begrenzten Zahl von Fällen gegeben werden (einzelne Schwachsinnige, ferner depressive Zustände verschiedener Art, sei es dass der Kranke sich wegen seines

körperlichen oder wegen seines geistigen Zustandes, vielleicht in wahnhafter Weise, für unfähig hält). In einer Reihe von Fällen wird ohneweiters die Möglichkeit einer Verständigung auszuschliessen sein, z. B. bei Personen, welche infolge eines apoplektischen Insults aphatisch geworden sind (hier tritt besonders häufig die Nothwendigkeit der Bestellung eines Pflegers ein), bei delirirenden, tobsüchtigen Individuen.

Schwierig wird die Beantwortung der Frage und führt öfter zu Dissensen, wenn der Kranke über den Zweck der Pflegschaft orientirt, wenn er aber die bestehende Krankheit, die Nothwendigkeit der Errichtung einer Pflegschaft nicht anerkennt.

In solchen Fällen hat der Sachverständige dem Richter auseinanderzusetzen, weshalb bei dem vorliegenden Krankheitszustand eine Verständigung nicht möglich ist. Wenn ich mich mit jemandem über eine bestimmte vorzunehmende Maassregel verständigen will, so gehört dazu vor Allem die beiderseitige Anerkenntnis der Thatsachen, wenigstens ihrer Hauptsache nach, welche zu jener Maassregel Veranlassung geben sollen. Der Geisteskranke negirt aber nicht selten das Vorhandensein jener Thatsachen, obwohl dieselben auf das Unzweifelhafteste festgestellt sind, er ist über seine Persönlichkeit völlig unorientirt, hält sich für einen ganz Anderen, als er wirklich ist, oder jene Thatsachen werden durch Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen umgedeutet, oder aber er stellt sie trotz ihrer Erheblichkeit in einem Lichte dar, dass sie ganz unerheblich erscheinen müssten (besonders Schwachsinnige).

Bei solchem Verhalten des Geisteskranken erscheint eine Verständigung ausgeschlossen ganz in derselben Weise, wie nach der Definition der Verhandlungsfähigkeit, welche vorhin gegeben wurde, in sehr vielen Fällen diese ausgeschlossen ist.

Dazu kommt in einer Reihe derartiger Fälle, dass der Versuch einer Verständigung, der Versuch, dem Kranken seine Wahnvorstellungen ausreden, seine geistige Inferiorität nachweisen zu wollen, wehe thut, ihm Schaden zufügt, indem er ihn erregt, die Krankheit verschlimmern, in heilbaren Fällen die Genesung erschweren, selbst gefährden kann.

Es wird nach diesen Auseinandersetzungen in der Regel ein Hindernis für die Errichtung der Pflegschaft durch die Nichtanerkennung der Nothwendigkeit derselben seitens des Kranken nicht gegeben sein.

Die Pflegschaft involvirt bei dem Geisteskranken, wie erwähnt wurde, immer nur eine besondere Fürsorge für einen bestimmten Kreis von Angelegenheiten; handelt es sich darum, eine allgemeine Fürsorge herbeizuführen, so muss die Vormundschaft geschaffen werden. Dies ist auch in allen denjenigen Fällen nothwendig, in denen eine Vertretung eines geisteskranken Minderjährigen nothwendig wird, da die Pflegschaft nur bei Volljährigen, die Entmündigung dagegen auch bei Minderjährigen möglich ist. Die Herbeiführung einer Vormundschaft erfordert ein contradictorisches Verfahren im Wege des Processes, dessen Durchführung immer eine gewisse, meist Monate lang dauernde Zeit in Anspruch nimmt.

Um in dieser Zwischenzeit eine Gefährdung der Person und deren Angelegenheiten, speciell auch des Vermögens derselben zu verhüten, hat das Gesetz die Möglichkeit einer vorläufigen Vormundschaft gegeben (§ 1906 B. G. B.).

Diese vorläufige Vormundschaft ist eine provisorische Maassregel, welche bestimmt ist, in der Zeit zwischen dem Antrag auf Entmündigung

und der Entscheidung über denselben Schaden abzuwenden, welcher dem zu Entmündigenden sonst erwachsen könnte.

Der Antragsteller der Entmündigung wie der Staatsanwalt können die vorläufige Vormundschaft beantragen, das Vormundschaftsgericht, welches von dem Entmündigungsantrag, der bei dem Amtsgericht gestellt worden ist, Kenntnis erhalten muss,. kann die vorläufige Vormundschaft aus eigener Initiative anordnen.

Immer ist nach dem Wortlaut des Gesetzes aber nothwendig, dass eine „erhebliche Gefährdung der Person oder des Vermögens" des zu Entmündigenden ohne die Einrichtung einer vorläufigen Vormundschaft besteht.

Der Sachverständige, welcher, von dem Antragsteller der Entmündigung oder auch von den zuständigen Behörden aufgefordert, über die Nothwendigkeit einer vorläufigen Vormundschaft sein Gutachten abgeben soll, wird bei Erstattung desselben zu erörtern haben, ob in dem Einfluss der vorliegenden Geisteskrankheit auf das Handeln eine erhebliche Gefährdung liegt.

In manchen Fällen, besonders in denen, in welchen erhebliche vermögensrechtliche Interessen auf dem Spiele stehen, wird das Vormundschaftsgericht auch ohne weiteres ärztliches Gutachten die vorläufige Vormundschaft anordnen, nachdem die Geisteskrankheit aus den vorliegenden Thatsachen als nicht zweifelhaft anerkannt ist.

Die vorläufige Vormundschaft endet, im Falle der Entmündigungsantrag zur Entmündigung führt, mit dem Eintritt der ordentlichen Vormundschaft.

Der Antrag auf Entmündigung ist bei dem zuständigen Amtsgericht zu stellen, er kann von dem Ehegatten, einem Verwandten oder demjenigen gesetzlichen Vertreter des zu Entmündigenden gestellt werden, welchem die Sorge für die Person zusteht. Gegen eine Person, die unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, kann der Antrag von einem Verwandten nicht gestellt werden. Gegen eine Ehefrau kann der Antrag von einem Verwandten nur gestellt werden, wenn auf Aufhebung der ehelichen Gemeinschaft erkannt ist oder wenn der Ehemann die Ehefrau verlassen hat, oder wenn der Ehemann zur Stellung des Antrages dauernd ausser Stande oder sein Aufenthalt dauernd unbekannt ist.

Der Staatsanwalt des vorgesetzten Landgerichtes ist ebenfalls zur Stellung des Antrags befugt (Civilprocessordnung 646).

Es ist zweckmässig, sogleich mit dem Antrage ein ärztliches Zeugnis einzureichen, das die Geisteskrankheit des zu Entmündigenden bescheinigt und specielle Handlungen desselben anführt, welche die Stellung unter Vormundschaft erforderlich machen. Das Gericht kann die Beibringung eines solchen Zeugnisses anordnen (649 C. P. O.).

Hält das Gericht den Antrag auf Entmündigung für genügend begründet, so ernennt es einen oder mehrere Sachverständige zur Begutachtung.

Diese werden aufgefordert, einen oder mehrere Vorbesuche zu machen, und sodann findet die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden durch den Richter mit Zuziehung der Sachverständigen statt (Explorationstermin). Der Sachverständige kann am Schlusse der geführten Unterredung sein Gutachten sofort zu Protokoll geben oder, wenn der Fall nicht von

vorneherein völlig klar liegt, das Gutachten näher begründet werden soll, in ausführlicher Weise schriftlich erstatten.

Das Letztere wird in der Regel dann zu erfolgen haben, wenn die Vernehmung durch den Richter überhaupt unterbleibt. Dies ist nur dann gestattet, wenn die Vernehmung mit besonderen Schwierigkeiten verbunden ist oder nicht ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist (§ 654 C. P. O.).

Dem Gutachten selbst ist die Frage zu Grunde zu legen:

Vermag der zu Entmündigende infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen? (§ 6[1] des bürgerl. Gesetzbuches).

Das Gutachten hat sich in analoger Weise, wie früher bei der Besprechung der Zurechnungsfähigkeit ausführlich erörtert wurde, aufzubauen aus Anamnese, dem Ergebnis der angestellten Untersuchung, hier auch mit dem des eventuell stattgehabten Explorationstermines und den in dem eigentlichen Gutachten enthaltenen Schlussfolgerungen.

Während aber dort den breitesten Raum die Erhebungen des Zustandes des Thäters zur Zeit der That und sein Verhältnis zu dieser einnehmen, handelt es sich hier vielmehr um die Feststellung des augenblicklichen Geisteszustandes des Exploranden und die Schlussfolgerungen, welche aus jenem auf seine Fähigkeit, in Zukunft seine Handlungen in geordneter Weise einzurichten, zu ziehen sind.

Dabei wird allerdings die Analyse der Handlungen in der Vergangenheit und speciell derjenigen, welche zu dem Antrag auf Entmündigung führten, nicht zu umgehen sein.

In erster Reihe hat das Gutachten festzustellen, ob überhaupt eine geistige Störung vorliegt. Der erste Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches hatte die Zweitheilung der Geisteskrankheiten des Allgem. Landrechts in „wahnsinnig“ und „blödsinnig“ fallen gelassen und dafür in seinem § 28 gesagt: „Eine Person, welche des Vernunftgebrauchs beraubt ist, kann wegen Geisteskrankheit entmündigt werden.“ In einer kritischen Besprechung dieses Entwurfs hatte ich ausgeführt, dass sich weder juristisch, noch medicinisch, noch philosophisch, noch nach dem Sprachgebrauch des Volkes mit dem Ausdruck „Vernunft“ in der Praxis etwas anfangen liesse, und die Fassung:

„Eine Person, welche wegen Geisteskrankheit nicht im Stande ist, für sich oder für ihr Vermögen zu sorgen, kann entmündigt werden“

vorgeschlagen.

Dieser Vorschlag ist, wie der Vergleich mit dem § 6 des St. G. B. zeigt, im Wesentlichen angenommen worden. Dazu ist aber neben der Geisteskrankheit die Geistesschwäche getreten.

Es ist nicht ohne Interesse zu wissen, auf welche Weise diese letztere Bezeichnung in den Entmündigungsparagraphen gekommen ist.

Der erste Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuchs hatte sich dahin ausgesprochen, dass „blosse Geistesschwäche, ungenügende Entwicklung der geistigen Kräfte im Gegensatz zum Mangel der Fähigkeit regelrechter Willensbestimmung“ keinen Grund zur Entmündigung wegen Geisteskrankheit abgeben darf, und hatte für jene „Geistesschwachen“ nach § 1739 des ersten Entwurfes eine Pflegschaft für ausreichend erachtet.

In der kritischen Besprechung dieses ersten Entwurfs hatte ich ausgeführt, dass von allen Geisteskranken gerade die Geistesschwachen häufig am dringendsten der Vormundschaft bedürfen.

Die Reichsjustizcommission hat meinen Argumenten die Berechtigung nicht versagt und neben der Geisteskrankheit die Geistesschwäche als Entmündigungsgrund hingestellt.

Eine Definition der Geistesschwäche hat das Gesetz aber nicht gegeben und die Auslegungen desselben von ärztlicher wie von juristischer Seite sind sehr verschieden gewesen.

Im ärztlichen Sinne ist Geistesschwäche eine Form der Geisteskrankheit; die Geistesschwäche ist im Gesetze demnach ein juristischer Begriff.

Nach der Entstehung desselben im bürgerlichen Gesetzbuche würde man annehmen können, dass darunter nur die krankhafte mangelnde Entwicklung der Geistesthätigkeit zu verstehen wäre (Imbecillitas, Idiotie). Hervorragende Juristen meinen jedoch, dass es sich bei der Geistesschwäche um einen niederen Grad der Geisteskrankheit handelt, obwohl die Reichsjustizcommission ausdrücklich erklärt hatte, dass eine Scheidung der Geisteskrankheiten nach Graden und Formen bedenklich sei, und mit sich selbst also in Widerspruch getreten wäre, wenn sie schliesslich doch einen solchen Gradunterschied statuirt hätte. Sicherheit kann erst die Praxis, resp. die Entscheidung durch den obersten Gerichtshof bringen.

Eine solche Entscheidung liegt vom 15. Februar 1902 vor. Dieselbe erfolgte in einem Falle, in welchem ich ein Gutachten über die Frage, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorläge, erstattet habe, und hat sich im Wesentlichen meinen Ausführungen in Bezug auf den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche angeschlossen. Danach ist die Geistesschwäche ein niederer Grad der Geisteskrankheit, bei welchem es möglich ist, dem Entmündigten noch gewisse Rechte in Bezug auf seine Handlungsfähigkeit zu lassen.

„Bei der Feststellung, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt, ist man im Wesentlichen darauf angewiesen, aus der Stärke der Wirkung auf die Stärke der Ursache zu schliessen und nach diesem Maassstabe zu bestimmen, ob das Denken, Wollen und Handeln des Kranken durch die Störung seiner Geisteskräfte in einem solchen Grade regelwidrig beeinflusst wird, dass er entweder wie ein Kind, gänzlich geschäftsunfähig, oder nach Art eines Minderjährigen, der das siebente Jahr vollendet hat, nur in beschränkter Weise geschäftsfähig erscheint. In dem ersteren Falle entspricht es der Absicht des Gesetzgebers, wie sie aus den entsprechend normirten Rechtsfolgen erkennbar wird, die Entmündigung wegen Geisteskrankheit, in dem zweiten, sie wegen Geistesschwäche eintreten zu lassen. Diese Entscheidung ist daher mangels hierüber feststehender medicinischer Begriffe keine psychiatrische, sondern eine überwiegend thatsächliche, welche der Richter trifft, und die nur zum Theil auf dem ärztlichen Gutachten, das den Stoff zu seinen Schlüssen liefert, beruht."

Die „beschränkte Geschäftsfähigkeit" gewährt im Gegensatz zu der „Geschäftsunfähigkeit" den Entmündigten noch mit Ermächtigung des gesetzlichen Vertreters nach Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes für gewisse Rechtsgeschäfte, für gewisse Dienst- oder Arbeitsverhältnisse unbeschränkte Geschäftsfähigkeit (§ 112 und 113 B. G. B.), gestattet dem

Entmündigten, mit Bewilligung des Vormundes eine Ehe einzugehen (§ 1304), ein errichtetes Testament zu widerrufen (§ 2253), nicht aber ein neues zu errichten, einen Eid zu leisten (§ 473, Abs. 2 C. P. O.).

Ist eine Geistesstörung bei dem zu Entmündigenden nachgewiesen, dann wird der Sachverständige demnach zu erwägen haben, ob ihm trotz seiner Krankheit die Rechte der beschränkten Erwerbsfähigkeit gelassen werden können, ohne dass andere und er selbst geschädigt werden.

Meiner Ansicht nach wird dies nur ausnahmsweise der Fall sein und man wird nach Verneinung der beschränkten Geschäftsfähigkeit zu dem Ausspruch kommen, dass der Explorat geisteskrank sei.

Die Erörterung in Bezug auf die Handlungsfähigkeit, wie ich sie eben besprochen, schliesst gleichzeitig auch die Beantwortung der Frage in sich, ob die Geisteskrankheit oder Geistesschwäche überhaupt derartig ist, dass der Explorat seine Angelegenheit nicht zu besorgen vermag.

Unter Angelegenheiten sind nicht blos Vermögensangelegenheiten, sondern auch die gesammten Lebensverhältnisse, z. B. auch die Sorge für die eigene Person, die Sorge für Angehörige, die Erziehung der Kinder u. dgl. zu verstehen. Die „Besorgung der Angelegenheiten" wird sehr verschiedene Aufgaben je nach der socialen Stellung der in Frage kommenden Person enthalten und sie muss selbstverständlich eine sachgemässe sein.

Hervorheben will ich hier nur noch, dass die Entscheidung über die vorhandene oder nicht vorhandene Fähigkeit, seine Angelegenheiten zu besorgen, wesentlich thatsächlicher Natur ist, d. h. zum erheblichen Theil dem Richter zukommt, wenn es auch selbstverständlich ist, dass der Sachverständige jenem das Material zu seinen Schlussfolgerungen bieten muss. Dies hat auch die oben erwähnte Entscheidung des Reichsgerichtes speciell ausgeführt.

Ist im concreten Falle nachgewiesen, dass der Provocat im ärztlichen Sinne geisteskrank ist, dass diese Geisteskrankheit auf seine bürgerliche Handlungsfähigkeit in der Weise einwirkt, dass er nicht im Stande ist, die Rechte wahrzunehmen, welche das Gesetz den in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten zugesteht, so wird der Schlusssatz des Gutachtens zu lauten haben:

X. ist geisteskrank und vermag infolge davon seine Angelegenheiten nicht zu besorgen.

Hat der Sachverständige jedoch die Ueberzeugung gewonnen, dass der Provocat noch im Stande ist, die Rechte eines beschränkt Geschäftsfähigen wahrzunehmen, dann wird das Gutachten lauten:

X. ist im Sinne des bürgerlichen Gesetzbuches geistesschwach und vermag infolge davon seine Angelegenheiten nicht zu besorgen.

Der ärztliche Sachverständige kann aber auch zu dem Schlusse kommen, dass zwar Geisteskrankheit vorliegt, dass jedoch die bürgerliche Handlungsfähigkeit durch jene nicht gestört wird.

Es gibt Kranke mit Imbecillität, besonders aber solche mit Paranoia simplex, welche trotz der vorhandenen Geisteskrankheit ihren Beruf erfüllen, sich ihr Brot verdienen, ihre Familie ernähren.

Ist der Nachweis für diese letzteren Thatsachen durch die richterliche Feststellung gegeben, liegt in der vorhandenen Geisteskrankheit auch

nicht eine begründete Befürchtung dafür vor, dass jene Verhältnisse der Vergangenheit und Gegenwart sich in der Zukunft ändern werden, dann wird der Sachverständige auszusprechen haben:

X. ist trotz der bestehenden Geisteskrankheit vermögend, seine Angelegenheiten zu besorgen.

Durch die Entmündigung würde in solchem Falle die wirthschaftliche Existenz eines Menschen vernichtet werden, der bis dahin seine Angelegenheiten ohne besondere oder ohne irgend wesentliche Störung besorgt hat.

Zuweilen sind es nur Differenzen in der Familie, welche zu dem Entmündigungsantrag gegen den Geisteskranken, welcher sonst nichts besonderes begangen hat, geführt haben, und wenn auch nach der vorhin gegebenen Erläuterung der Worte: „Besorgung seiner Angelegenheiten" auch das Verhältnis zu Frau und Kindern oder den Angehörigen überhaupt bei der Entmündigung in Betracht kommt, so lehrt doch die Erfahrung, dass oft genug bei jenen Differenzen die Schuld nicht allein, zuweilen nur zu kleinerem Theil bei dem Geisteskranken liegt.

Es soll ferner hier noch besonders hervorgehoben werden, dass eine Freisprechung auf Grund des § 51 (Zurechnungsunfähigkeit wegen Geisteskrankheit) noch nicht zur unmittelbaren Folge die Entmündigung zu haben braucht, auch dann nicht, wenn vor dem Criminalforum nachgewiesen ist, dass die Geistesstörung, welche zur Zeit der That bestanden hat, andauert.

Dispositionsunfähigkeit und Zurechnungsunfähigkeit sind nicht blos nach dem Wortlaut der Definition im bürgerlichen Gesetzbuch und im Strafgesetzbuch, sondern auch ihrem Wesen nach zwei verschiedene Begriffe.

(Ein Beispiel hierfür ist ein württembergischer Grossgrundbesitzer, welcher in der letzten Zeit viel von sich reden machte, den ich im Civilforum für geisteskrank, aber auf Grund der thatsächlichen Feststellungen des Gerichtes für fähig hielt, seine Angelegenheiten zu besorgen, dessen Entmündigung infolgedessen aufgehoben, der aber im Criminalforum auf Grund des § 51 freigesprochen wurde.)

In Fällen, in welchen der Geisteszustand des zu Entmündigenden trotz Acten und Untersuchung dem Sachverständigen zweifelhaft bleibt, kann derselbe bei dem Gerichte beantragen, dass der zu Entmündigende in einer Heilanstalt beobachtet werde.

Das Gericht kann dies für die Dauer von sechs Wochen anordnen, wenn der Antragsteller der Entmündigung zustimmt und es ohne Nachtheil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist (§ 656 C. P. O.).

Die Anstalt kann das Gericht nach freiem Ermessen auswählen, es ist bei der Auswahl nicht, wie im § 81 der Strafprocessordnung, an die öffentlichen Irrenanstalten gebunden.

Wie bei der zweifelhaften Zurechnungsfähigkeit, so können auch bei der zweifelhaften Dispositionsfähigkeit besondere Schwierigkeiten in der Beurtheilung dann entstehen, wenn es sich um mässige Grade von Imbecillität oder einer später erworbenen Demenz handelt, bei welch letzterer ebenfalls, wie bei der Frage des § 51, die chronische Alkoholvergiftung häufig in Betracht kommt.

Wenn es hier nicht gelingt, die Voraussetzungen des § 6, 1 des bürgerlichen Gesetzbuches klar nachzuweisen, so kann der Zweck der Vormundschaft in gewissen Fällen durch Anwendung des § 6, 2 (Entmündigung wegen Verschwendung) oder § 6, 3 (Entmündigung wegen Trunksucht) erreicht werden.

Sind die Voraussetzungen des § 6[1] des bürgerlichen Gesetzbuches vorhanden, dann spricht das Amtsgericht die Entmündigung aus (Entmündigungsbeschluss) und theilt von Amtswegen dies der Vormundschaftsbehörde mit, welche einen Vormund für den Entmündigten ernennt.

Im Falle der Entmündigung wegen Geistesschwäche ist der Beschluss ausserdem dem Entmündigten selbst zuzustellen.

Der Entmündigungsbeschluss kann im Wege der Klage bei dem Landgerichte, sodann beim Oberlandesgerichte (Kammergericht) und im Wege der Revision beim Reichsgerichte angefochten werden.

Ist der Entmündigte wieder gesund geworden, resp. fällt der Grund der Entmündigung fort (ist eventuell der Zustand des Kranken derartig geworden, dass er trotz des Bestehens der Geisteskrankheit, trotz der nicht völligen Heilung derselben seine Angelegenheiten zu besorgen vermag), dann erfolgt die Wiederaufhebung der Entmündigung durch Beschluss des Amtsgerichtes (675 C. P. O.).

Der oben bezeichnete Instanzenweg gegen den Entmündigungsbeschluss kann nicht mit der Begründung verfolgt werden, dass der Entmündigte behauptet, jetzt geistig gesund zu sein, dabei aber die Krankheit zur Zeit des Entmündigungsbeschlusses nicht bestreitet; in diesem Fall ist nicht gegen den Entmündigungsbeschluss zu klagen, sondern der Antrag auf Wiederaufhebung der Entmündigung zu stellen.

Die Entmündigung, die ihr folgende Stellung unter Vormundschaft, sorgt für Gegenwart und Zukunft.

Recht häufig hat sich aber der psychiatrische Sachverständige mit civilrechtlichen Handlungen, mit Willenserklärungen, welche in der Vergangenheit liegen und von einer Person ausgingen, welche zu jener Zeit nicht entmündigt war, zu beschäftigen und hat die Frage zu beantworten, ob die Person zur Zeit der abgegebenen Willenserklärung in einem Zustand von Bewusstlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistesthätigkeit war (§ 105 B. G.) oder ob dieselbe in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit sich befand, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender war (§ 104, 2 C. G. B.).

Was zuerst die Bewusstlosigkeit des § 105 betrifft, so gilt für die Definition derselben, sowie für den Nachweis im concreten Falle das, was über den Zustand von Bewusstlosigkeit bei Besprechung des § 51 gesagt worden ist, aus welchen Paragraphen auch die Fassung des bürgerlichen Gesetzbuches übernommen worden ist. Die Bewusstlosigkeit ist gleich Aufhebung oder Trübung des Selbstbewusstseins.

Der § 105 spricht ferner von einer „vorübergehenden Störung der Geistesthätigkeit", nicht von einer krankhaften Störung und will damit hier auch jene Zustände einschliessen, bei welchen es sich um einen schnell vorübergehenden hochgradigen Affect handelt, wie er bei nervösen Personen, bei Hysterikern, Epileptikern, Hereditariern, unter Umständen

bei Frauen zur Zeit der Menstruation auftreten kann, oder um leichte Formen von Trunkenheit u. s. w., bei welchen von einem Zustande von „Bewusstlosigkeit“ nicht die Rede sein kann.

Alle diese unter den § 105 fallenden Störungen betreffen nur schnell oder ziemlich schnell vorübergehende Zustände.

Der § 104 handelt von einem länger dauernden Zustand. Seine Fassung ist dem § 51 des deutschen Strafgesetzbuches entsprechend bei der zweiten Berathung der Commission festgestellt worden, nachdem ich gegenüber dem ersten Entwurf ausgeführt hatte, dass „meiner Ansicht nach kein Grund vorliegt, in den Fällen, in denen es sich um die Beurtheilung einzelner Willenserklärungen handelt, von der Fassung des § 51 des Strafgesetzbuches abzuweichen“.

Der Sachverständige wird demnach hier in ganz analoger Weise sein Gutachten zur Beurtheilung einer Willenserklärung abgeben, wie er es im Strafverfahren zur Beurtheilung einer an und für sich strafbaren Handlung abgibt.

Auch hier wird man nicht von der Handlung als solcher auszugehen haben — ein Fehler, der oft gemacht wird — und die anscheinende „Verrücktheit“ der bezüglichen civilrechtlichen Handlung, resp. Willenserklärung als Beweis für die krankhafte Störung der Geistesthätigkeit hinstellen.

Mein Standpunkt in Bezug auf die Aeusserung des Sachverständigen über den Ausschluss der freien Willensbestimmung im § 104 ist der gleiche, wie ich ihn in Bezug auf denselben Ausdruck im § 51 erörtert habe.

Auch hier wird der Sachverständige nachzuweisen haben, welchen Einfluss die krankhafte Störung der Geistesthätigkeit auf das Handeln, speciell auf die Dispositionsfähigkeit haben musste, resp. hatte, und nur bei einer gewissen Erheblichkeit dieses Einflusses jene Art und jenen Grad von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit annehmen, welche der § 104 als Voraussetzung der Geschäftsunfähigkeit betrachtet.

Nach der Stellung des Reichsgerichtes zu der Frage, wer im Falle der Anwendung des § 6 des bürgerlichen Gesetzbuches darüber zu entscheiden hat, in welchem Grade der zu Entmündigende seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, ist es (wie ich oben ausgeführt habe) mir nicht fraglich, dass dasselbe ebenfalls der Ansicht ist, dass in Bezug auf die Beurtheilung des Ausschlusses der freien Willensbestimmung der Sachverständige nur den „Stoff zu dem Schlusse“ bringen soll.

Die Schwierigkeiten über den Geisteszustand einer Person zu einer zuweilen sehr lange zurückliegenden Zeit ein Gutachten abzugeben, werden nicht selten unüberwindlich, wenn die in Frage stehenden Personen selbst bereits gestorben sind.

Die Rechtsgiltigkeit eines Testaments eines Verstorbenen bildet öfter auf Grund des § 104 Gegenstand gerichtsärztlicher Beurtheilung, ebenso wie andere civilrechtliche Handlungen Verstorbener.

Der Sachverständige ist hier auf die Angaben von Zeugen, Attesten von Aerzten, welche den Verstorbenen behandelt haben, angewiesen, eine Richtigstellung widersprechender Angaben durch die Person selbst, um die es sich handelt, ist nicht möglich.

Die Entscheidung wird noch dadurch besonders erschwert, wenn die beeideten Zeugenaussagen, wie nicht allzu selten, den Zustand der Person zu der fraglichen Zeit in diametralem Gegensatz schildern.

Bei der psychiatrischen Abwägung des Gewichtes solcher Aussagen wird in der Regel eine positive Angabe, nach welcher dieses oder jenes sicher krankhafte Symptom der Geistesbeschaffenheit beobachtet wurde, von grösserer Bedeutung sein, als die so häufig negative Bekundung, dass der Zeuge nichts von Geisteskrankheit bemerkt hat; diese kann bestehen, ohne dass sie äusserlich und besonders gerade zur Zeit der Beobachtung des Zeugen erkennbar ist.

Oft genug wird man aber zu einem „non liquet" kommen, d. h. der Acteninhalt ist nicht genügend, um die gestellte Frage nach der einen oder anderen Richtung hin mit Sicherheit zu beantworten oder auch die bisherigen Erhebungen haben keinen Beweis für die Behauptung gebracht, dass X zur Zeit der fraglichen Willenserklärungen im Sinne des § 104 an einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit litt.

Kommt das Gutachten zu einem bestimmten Schluss, dann hat dasselbe zutreffenden Falles zu lauten:

> X befand oder befindet sich in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 104[2] des bürgerlichen Gesetzbuches und dieser Zustand war, resp. ist nicht ein vorübergehender.

Die Ausführungen, welche wir jetzt gemacht haben, betreffen, wie bereits angedeutet, in einer grossen Zahl von Fällen die Rechtsgiltigkeit einer besonderen Art von Willenserklärungen: die Testamente, d. h. die Geschäftsfähigkeit des Testirenden zur Zeit der Errichtung seines Testamentes.

Ein Entmündigter, gleichgiltig ob die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche erfolgt ist, kann ein Testament nicht errichten (§ 2229 b. G. B.). Von lichten Zwischenräumen, wie sie noch das allg. Landrecht, wenigstens für die Wahnsinnigen kannte, ist in dem bürgerlichen Gesetzbuche nicht mehr die Rede.

Hat aber ein Entmündigter ein Testament errichtet, bevor der die Entmündigung aussprechende Beschluss unanfechtbar geworden ist, so kann das Testament doch giltig sein, wenn der Entmündigte noch vor dem Eintritt der Unanfechtbarkeit stirbt (§ 2230 b. G. B.).

Soll das Testament für ungiltig erklärt werden, so müsste noch immer der Nachweis des Vorhandenseins der Voraussetzungen des § 104[2], d. h. der Geschäftsunfähigkeit zur Zeit der Errichtung des Testaments erbracht werden.

Neben der Giltigkeit eines Testaments ist es von den speciellen bürgerlichen Rechtssachen besonders die Ehescheidung, welche häufig die psychiatrische Begutachtung vor Gericht erfordert.

Die Reichsjustizcommission hatte in dem ersten Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund nicht zugelassen.

Diesem Standpunkt gegenüber erhob sich ein lebhafter Widerspruch von Juristen und Aerzten, speciell von Psychiatern.

Ich selbst schlug vor, eine Bestimmung in das Gesetz aufzunehmen, nach welcher eine unheilbare Geisteskrankheit, welche drei Jahre bestanden und zu einer gleichmässig andauernden Vernichtung der Persönlichkeit geführt hat, Ehescheidungsgrund sein sollte.

Die Commission hat in ihrem zweiten Entwurf die Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund zugelassen.

Der § 1569 des Gesetzes lautet:

> Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

Der Sachverständige wird demnach in erster Reihe die Geisteskrankheit des betreffenden Ehegatten festzustellen haben. Da es sich hier immer nur um schwere Formen derselben von langer Dauer handeln kann, so wird diese Feststellung in der Regel besonderen Schwierigkeiten nicht unterliegen, denn wenn die Frage, ob geisteskrank oder nicht, schon zweifelhaft erscheint, dann wird von einem Nachweis der übrigen Requisite des § 1569 kaum die Rede sein können.

Die dreijährige Dauer der Krankheit, wobei nicht gesagt ist, dass dieselbe erst in der Ehe entstanden sein muss, sondern nur während der Ehe drei Jahre bestanden haben muss, ist eine thatsächliche Feststellung.

Es wird diese Voraussetzung nicht in Abrede gestellt zu werden brauchen, wenn in diesem Verlauf mancherlei Schwankungen, mancherlei Remissionen eingetreten sind, wie z. B. bei circulären Psychosen. Eine circuläre Psychose ist vorhanden, auch wenn der Kranke zur Zeit sich in einer intermediären Phase befindet, in welcher weder manische, noch depressive Symptome hervortreten.

Schwierigkeit bietet und sehr verschiedenem Auslegen unterworfen ist der Ausdruck „die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft".

Nicht zweifelhaft ist, dass hierunter Fälle gehören von hochgradigem Blödsinn, sei es, dass derselbe das Endstadium einer functionellen Psychose, einer chronischen Intoxicationspsychose, der Begleiter einer organischen Hirnkrankheit, einer progressiven Paralyse oder senilen Demenz ist.

Hier ist die Persönlichkeit vernichtet und damit auch selbstverständlich jede geistige Gemeinschaft aufgehoben.

Es würde auch bei vorhandener Orientirungsfähigkeit des Kranken nicht zweifelhaft sein, dass auch paranoische Wahnzustände mit ausgebildeten Verfolgungsvorstellungen, in welchen der Ehemann, die Angehörigen der Familie die dem Kranken feindliche Rolle übernommen haben, die geistige Gemeinschaft aufheben.

Man wird dagegen im Allgemeinen chronische Zustände von Manie oder Melancholie, auch circuläre Formen von Geisteskrankheit, soweit bei diesen Zuständen nicht secundäre Demenz in erheblichem Grade eingetreten ist, nur mit Schwierigkeit unter jene Voraussetzung zu bringen im Stande sein. Hier muss die Analyse des einzelnen Falles entscheiden.

Endlich aber ist die Bedingung, dass auch jede Aussicht auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen sein muss, nicht

ohne Bedeutung. Nicht die Aussichtslosigkeit der Genesung von der Krankheit fordert das Gesetz, sondern nur die Aussichtslosigkeit jener Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft, welche ja eintreten kann, obwohl der zu scheidende Ehegatte geisteskrank bleibt.

Wenn die Erfahrung gelehrt hat, dass eine Anzahl Geisteskranker, deren Krankheit drei Jahre und länger gedauert hat, schliesslich genesen ist, so wird man um so vorsichtiger sein da, wo lediglich nur Besserungen im Verlaufe der Krankheit verlangt werden.

Nichtsdestoweniger wird man ohne Bedenken nach dreijähriger Dauer der Krankheit die vorhin besprochenen Zustände von Blödsinn als einer Besserung bis zu dem Grade unfähig erachten, dass die geistige Gemeinschaft wieder hergestellt wird, umsomehr, als es sich dabei in der Regel um progressive Processe handelt.

Auch bei der erwähnten Form der Paranoia kann zwar im weiteren Verlauf die Kraft und Macht der Wahnvorstellungen nachlassen, aber es geschieht dies auf Kosten der Stärke der Intelligenz und auch in dem geistesschwachen Paranoiker ist die Feindseligkeit gegen die Verfolger noch nicht begraben.

Im Uebrigen wird der Psychiater bei aller Rücksicht auf die Interessen der Geistesgesunden und wenn er sich auch der Thatsache nicht verschliesst, welch grosser Schaden der ganzen Familie, nicht blos dem gesunden Ehegatten, sondern auch den Kindern dadurch erwachsen kann, dass der geisteskranke Ehegatte an den gesunden gekettet bleibt, doch nie das Interesse des Geisteskranken ausser Acht setzen, um ihn vor dem Unglück zu bewahren, dass er eines Tages zu der Erkenntnis kommen könnte, dass nicht blos die schwerste aller Krankheiten ihn getroffen, sondern dass sich auch das, was ihm das Theuerste auf der Welt war, von ihm losgesagt hat.

12. VORLESUNG.

Ueber Psychosen im Zusammenhang mit acuten und chronischen Infectionskrankheiten.

Von

E. Siemerling,

Kiel.

Meine Herren! Dass körperliche Erkrankungen Veranlassung zum Ausbruch von psychischen Störungen geben können, ist eine schon dem Alterthum bekannte Thatsache. Besonders waren es die Delirien im Gefolge von erhöhter Temperatur, auf welche sich die Aufmerksamkeit richtete.

Erst Ende des 18. Jahrhunderts wies *Esquirol* auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen acuten, fieberhaften Krankheiten und Psychosen im Allgemeinen hin.

Vereinzelt waren allerdings schon lange bei gelegentlichen Epidemien, z. B. bei Influenza, Psychosen beobachtet.

In einer Bearbeitung der Influenza vom Jahre 1836 citirt *Schweich* die Angaben eines Gewährsmannes über die Epidemie vom Jahre 1580: „Etliche bekamen ein heftig Bluten, etliche wurden irre und schwatzten ober den Berg, aber solches war gemeiniglich ein suaue Delirium."

Aehnlich bekunden spätere Autoren, so *Löw* aus dem Jahre 1729, *Cullens* berichtet von der Epidemie des Jahres 1742, dass die Influenza im Kloster zu Sternberg mit Verstandsverwirrung einherging. *Starck* bemerkt 1782, dass „die Krankheitsmaterie sich öfter auf das Gehirn geworfen habe, woraus eine Art Blödsinn oder schwacher Verstand entstand".

1823 hob *Sebastian* das Vorkommen von Geistesstörungen beim Wechselfieber hervor, ein Zusammenhang, auf den allerdings schon früher *Sydenham* aufmerksam gemacht hatte.

Trotzdem sprach *Baillarger* Mitte des 19. Jahrhunderts die Meinung aus, dass Psychosen bei acuten Infectionskrankheiten nur Complicationen wären. Dieser Ansicht wurde aufs lebhafteste widersprochen und sie ist auch nicht zu allgemeiner Anerkennung gelangt. Ausführlichere Arbeiten über dieses Gebiet veröffentlichte dann 1857 *Schlager* (Psychosen bei Ileotyphus). Namentlich fördernd hat die Publication *H. Weber's* 1865 gewirkt (on the delir, or acute insanity during the decline of acute diseases).

dann *Mugnier* (1865) (De la folie consécutive aux maladies aiguës. Thèse, Paris), 1874 *Simon* (Psychosen bei acutem Gelenkrheumatismus), 1879 *Winter* (Abdominaltyphus), 1881 Arbeiten von *F. C. Müller*, *Kraepelin* u. A.

Ein ausführliches Literaturverzeichnis bis zum Jahre 1897 finden Sie in der umfassenden Zusammenstellung *Adler's* (Zeitschr. f. Psych., Bd. LIII, pag. 740), die neuere Literatur in den Referaten *Cramer's* über diesen Gegenstand in dem Jahresbericht für Neurologie und Psychiatrie. Die im Gefolge des Typhus vorkommenden nervösen und psychischen Störungen sind von *Friedländer* monographisch zusammengestellt.

Es gibt keine Infectionskrankheit, in deren Beginn oder weiteren Verlauf nicht einmal eine Psychose auftreten kann. Es sind aber ganz besonders einige, bei denen geistige Störungen häufig beobachtet werden: Typhus, acuter Gelenkrheumatismus, Influenza, dann bei jeder anderen: Pneumonie, Pleuritis, Malaria, Pocken, Rubeolen, Masern, Scharlach, Diphtherie, Erysipelas, Phthisis pulmonum, Pertussis, Parotitis epidemica, Cholera, Dysenterie, Lepra, Lyssa, Gonorrhoe, Ergotinismus, Pellagra.

Nach einer statistischen Zusammenstellung von *Müller* verdanken 2% aller Geistesstörungen ihre Entstehung den acuten Infectionskrankheiten, das grösste Contingent liefert der Abdominaltyphus. Bei einer Typhusepidemie in Königsberg wurden unter 176 Kranken 8 Fälle (4·5%) mit Geistesstörung beobachtet.

Diese Zahlen entsprechen ungefähr denen anderer Statistiken, nach welchen sich in 3·5% der Psychosen Typhus als Ursache nachweisen lässt.

In den von Malaria heimgesuchten Fiebergegenden Bulgariens fanden sich unter 5412 Malariakranken bei 100 (2%) Complicationen von Seiten der Psyche.

Frauen werden im Ganzen häufiger ergriffen als Männer, allerdings wird auch bei manchen Erkrankungen, z. B. Influenza, das Ueberwiegen des männlichen Geschlechts hervorgehoben (Männer 56·4%, Frauen 43·6%). Jeweilige Schwere der Epidemie, örtliche Verhältnisse dürften dabei eine grosse Rolle spielen.

Unter 1238 geisteskranken Frauen, welche von 1894 bis 1900 in die Tübinger Klinik aufgenommen wurden, waren es 18 (1·3%), bei denen eine Infectionskrankheit als Ursache der Psychose angesprochen werden konnte, bei 1270 Männern in demselben Zeitraum nur 4 Fälle (0·3%).

Dieses immerhin seltenere Vorkommen, als man geneigt ist zu glauben, macht es verständlich, dass der Einzelne nur über ein verhältnismässig geringes Beobachtungsmaterial verfügt. Es ist auch dabei in Rücksicht zu nehmen, dass bei der Flüchtigkeit vieler dieser Erkrankungen die davon Befallenen nicht in die Irrenanstalten oder Kliniken kommen, sondern in anderen Krankenhäusern oder zu Hause bleiben.

Sehr strittig ist auch die Frage, ob ein schnell ablaufendes Fieberdelirium schon den Psychosen zuzurechnen ist. Würden alle diese Fälle, auch die geringen psychischen Abweichungen, den Psychosen zugezählt, dann würden sich ohne Zweifel höhere Zahlen ergeben.

Das hauptsächlichste Alter fällt in die Zeit vom 20. bis 50. Lebensjahre, jedoch gelangen auch im Greisenalter und im ganz jugendlichen Alter psychische Störungen nach Infectionskrankheiten zur Beobachtung.

Es sind mehrfach Fälle mitgetheilt, wo die Befallenen im hohen Lebensalter standen. *Kalischer* berichtet von einem Kinde im Alter von

2 Jahren $1^1/_2$ Monaten, bei welchen nach Influenza eine Psychose Anfangs manischen Charakters, dann mehr als acute Verwirrtheit mit Stupor verlaufend auftrat.

Locale und besondere Verhältnisse (Epidemien) werden ausserdem eine wesentliche Rolle spielen. Einige der Erkrankungen, wie Pellagra, Malaria, sind von regionären Verhältnissen abhängig.

Man hat sich gewöhnt, die bei acuten Infectionskrankheiten auftretenden Psychosen nach ihrem zeitlichen Zusammenhang mit diesen zu sondern, und pflegt die Erscheinungen des infectiösen Irrsinns abzugrenzen in Fieberdelirien, Infectionsdelirien, infectiöse Schwächezustände, sucht dann weiter unter diesen wieder zu trennen die Initialdelirien, Collapsdelirien, Erschöpfungsstupor, Erschöpfungsamentia, acute Verwirrtheit u. s. w.

Eine derartige Trennung ist nicht haltbar; Fieber-, Infections- und Erschöpfungspsychosen sind nicht abzugrenzen. Die klinischen Unterscheidungsmerkmale sind nicht ausreichend und die pathologische Anatomie, soweit wir überhaupt von einer solchen schon sprechen können, lässt uns ganz im Stich. Es gibt keine einheitliche, von den übrigen Psychosen durch besondere charakteristische Merkmale abzugrenzende Infectionspsychose.

Alle Bemühungen, welche darauf abgehen, das klinische Bild einer einheitlichen Infectionspsychose oder Erschöpfungspsychose abzugrenzen, sind als verfrüht anzusehen. Wir können gerade so wenig von einer solchen reden, wie von einer Autointoxicationspsychose; die Bemühungen *Régi's*, so dankenswerth sie auch sind, ein klinisches Bild dieser letzteren zu entwerfen und aus der psychischen Störung heraus, aus dem délire onirique (d. h. eine Art somnambulen, aber sehr activen deliranten Traumzustandes) die Diagnose der vorliegenden körperlichen Krankheit zu stellen, können bisher nicht als zutreffend anerkannt werden.

Der noch sehr unklare Begriff der Autointoxication soll heutigen Tages in der Aetiologie überall da aushelfen, wo für die Entstehungsursache sonst keine rechten Momente ausfindig zu machen sind. So hat man als Ursache für sehr schwere, gewöhnlich unter dem Bilde eines Delirium acutum verlaufende Psychosen die verschiedensten körperlichen Erkrankungen angeschuldigt, bei denen es auf dem Wege des veränderten Stoffwechsels zur Bildung von Toxinen kommen sollte (so Magendarmerkrankungen, Koprostase, Herzleiden, Urämie, Icterus u. s. w.).

Es soll keineswegs in Abrede gestellt werden, dass auf diesem Wege der sog. Autointoxication einmal bei einer Stoffwechselerkrankung eine Psychose zu Stande kommt, allein durchaus verfehlt ist es, in der Autointoxication allgemein eine ursächliche Aetiologie für die Psychosen überhaupt sehen zu wollen. Symptomatologisch reihen wir am besten die Infectionspsychosen in die Intoxicationspsychosen ein.

Die verschiedenen Bezeichnungen, welche für die Psychosen im Gefolge von Infectionskrankheiten vorgeschlagen und gewählt sind, lassen darauf schliessen, wie unsicher wir der Abgrenzung der einzelnen Formen gegenüberstehen und wie, je nachdem der eine oder der andere Beobachter mehr diesem oder jenem Symptom einen besonderen Einfluss beim Zustandekommen der Psychose eingeräumt wissen will, z. B. der Infection, der Erschöpfung, dem Fieber, der Inanition, dem Collaps u. s. w., dieses

Moment als Bezeichnung für das Krankheitsbild gewählt wird. Man sollte sich immer darüber klar werden, dass alle diese Benennungen, ohne eine Aufklärung über das eigentliche Wesen der Erkrankung zu geben, uns nur einen rein äusserlichen oder zeitlichen Zusammenhang zum Ausdruck bringen. Wie dehnbar und wie fliessend ist allein schon der vielumstrittene Begriff der Erschöpfung?

Thatsächlich kommen alle nur möglichen Formen vor, die sich in ursächlichen Zusammenhang mit den Infectionskrankheiten bringen lassen. Im Grossen und Ganzen ist richtig, dass in den gleichen Stadien annähernd die gleichen Formen in Erscheinung treten. Es ist natürlich vollkommen von den Psychosen abzusehen, welche als zufällige Complication während einer Infectionskrankheit auftreten oder deutlicher sich offenbaren, z. B. eine chronische Paranoia, eine progressive Paralyse.

Vergleicht man die einzelnen Formen, welche sich bei Infectionskrankheiten als in ursächlichem Zusammenhang mit diesen finden, bezüglich ihrer Hauptsymptome und ihrer ganzen Verlaufsweise, dann lässt sich vielleicht so viel sagen, dass die im Beginn auftretenden psychischen Störungen, namentlich die sog. Fieber- und Initialdelirien sich durch eine gewisse Flüchtigkeit der Symptome auszeichnen bei gleichzeitig tief ergriffenem Sensorium. Es kommt nicht leicht zur Bildung festsitzender systematisirter Wahnvorstellungen, nicht zu andauernden Stimmungsanomalien.

Im späteren Verlauf der Erkrankung, in den sog. Collapsdelirien, haben die Symptome schon etwas beständigeres, erst recht bei den in der Reconvalescenz auftretenden Psychosen, wo wir am häufigsten den ausgebildeten Psychosen, wie Melancholie, Manie, der acuten Verwirrtheit, Katatonie u. s. w. begegnen.

Immerhin sind die Uebergänge sehr fliessend. Wir sehen aus den Fieber-, resp. Initialdelirien die Infectionsdelirien hervorgehen; ein Infectionsdelirium kann sich in ein Collapsdelirium fortsetzen und aus diesem eine chronisch-nervöse Erschöpfung unter dem Bilde einer schweren Neurasthenie oder eine anderweitige Psychose, wie acutes hallucinatorisches Irrsein (Amentia), Katatonie, acute hallucinatorische Paranoia, Manie, Melancholie u. s. w. hervorgehen.

Umgekehrt können auch diese letzteren Psychosen gleich von vorneherein das Bild beherrschen.

Wie erwähnt, sind die Formen der Psychosen, welche zur Beobachtung kommen, weniger abhängig von der Grunderkrankung, als von dem Stadium dieser, in welchem sie ausbrechen.

Je acuter eine Infectionskrankheit mit Fieber und den sonstigen Begleiterscheinungen einsetzt, je plötzlicher die Gesammtwirkung auf den Organismus ist, desto intensiver ist auch oft der Ausbruch der psychischen Störung. Es hat nach grossen Zusammenstellungen den Anschein, als ob manische Zustände, acute Verwirrtheit mehr bei Pneumonie, Kopfrose und den acuten Exanthemen in Erscheinung treten, bei Typhus, Gelenkrheumatismus, Influenza mehr melancholische Depressionszustände, stuporöse Formen. Eine bestimmte Regel lässt sich aber nicht aufstellen.

Die Mannigfaltigkeit und die Variationen der verschiedenen Krankheitsbilder im Gefolge der Infectionskrankheiten sind in letzter Linie so zahlreich, die Reaction des Gehirns infolge der Individualität des Erkrankten

und die Eigenartigkeit der zu Grunde liegenden Infectionskrankheit ist so wechselnd und vielgestaltig, dass jeder einzelne Fall wieder seine Besonderheiten bietet und je nach dem Ueberwiegen des einen oder anderen psychischen Symptoms und den häufigeren und selteneren Begleiterscheinungen von Seiten des Nervensystems der ganze Verlauf des Falles als ein für sich charakteristischer erscheint.

Aus der Fülle dieser psychischen Störungen, die auf den ersten Blick unentwirrbar erscheint, lassen Sie uns einige zusammenfassend betrachten, die durch die besondere zeitliche Zusammengehörigkeit mit gewissen Stadien der Infectionskrankheiten sich auszeichnen, ohne darum ausschliesslich für dieses Stadium charakteristisch zu sein.

Die **Fieberdelirien** gehen mit den Initial- und Infectionsdelirien so Hand in Hand, dass eine Trennung ganz ausgeschlossen ist, es sei denn, dass man die Bezeichnung Fieberdelirien für die Störungen wählen will, welche mit Ablauf des Fiebers schwinden.

Typhus abdominalis und acuter Gelenkrheumatismus sind vielleicht als die Infectionskrankheiten anzusehen, welche mit den heftigsten und stürmischesten Delirien im Beginn oder während des Fiebers einhergehen, so dass sogar von einem Cerebrorheumatismus, Cerebrotyphus, einer Typhomanie gesprochen wird.

Die Initialdelirien können ohne Fieber verlaufen oder die Fieberpsychosen können schon im Initialstadium beginnen. Es wird jedoch nicht ganz leicht sein, zu entscheiden, ob dem Ausbruch des initialen Deliriums nicht schon eine Temperatursteigerung vorausgegangen ist, da der Schluss auf Fehlen des Fiebers immer erst gemacht wird, wenn der Fall zunächst wegen seiner psychischen Störungen in Beobachtung gelangt zu einer Zeit, wo der erste Fieberanfall schon abgeklungen sein kann. Ist es doch nicht selten bei Beginn der Infectionskrankheiten, namentlich des Typhus, der acuten Exantheme, des Gelenkrheumatismus, dass das Fieber mit einer plötzlichen Steigerung für Stunden oder Tage wieder schwindet.

Als Beispiel solcher Initial- oder Fieberdelirien mögen die nachstehenden drei Fälle dienen, wo sich die Störungen im Beginn des Typhus und Gelenkrheumatismus entwickelten.

Fall 1. Typhus. Heftiges Delirium im Beginn. Tod.

St. B., Metzgerfrau, 23 Jahre. Aufgenommen 18. October 1898, gestorben 27. October 1898. Keine Heredität. Letzte Entbindung 8. September 1898 ohne Besonderheiten. Seit 8. October Klagen über Mattigkeit und Kopfschmerzen, Abends heisser Kopf und Frost. Arbeitete wieder. Am 16. October Mattigkeit hält an. Temperatur 40·8, Abends 39·6. In der Nacht kein Fieber. Aengstlich, stierer Blick. Zuerst Aufnahme in der Frauenklinik. Uterus gut involvirt, beweglich, schmerzlos. Urin stark eiweisshaltig. 18. October Morgens 3 Uhr plötzlich Tobsuchtsanfall, schreit: „Der Teufel holt mich, er hat mich schon, bin ganz verloren.“ Stundenlang wiederholt sie diese Worte. Von 9 Uhr ab apathisch, Augen geschlossen. Am Nachmittag öffnet sie die Augen, gibt auf Fragen richtige Antworten (Ort, Namen, Tag der Aufnahme).

Temperatur 17. X. 36·4, 18. X. 39·8. Bei der Aufnahme sehr matt, zunächst ruhig, schreit: „Ich bin fertig, komme ins Feuer, der Teufel holt mich, ich kann nichts essen.“ Verzweifelter starrer Gesichtsausdruck. Auf die Frage, weshalb in die Hölle: „Ich habe viele Sünden begangen, zu wenig gebetet und gearbeitet.

Der Teufel hat es mir gesagt, er ist mir erschienen, er sieht schwarz aus.“ Jammert und schreit fortwährend, sie komme ins Feuer, sie wolle nichts mehr essen, denn sie werde zu Asche.

Dürftiger Ernährungszustand. Lippen trocken. Puls beschleunigt, 132. Temperatur 40·3. Reflexe gesteigert. Leib nicht druckempfindlich. Urin viel Eiweiss. Kein Zucker. Viele rothe Blutkörperchen, vereinzelte weisse. Wenig granulirte Cylinder. Verweigert Nahrung. Sondenfütterung.

19. X. Temperatur 39·5 und 40·2. Nacht ruhig. Sehr traurig, sie sei verloren, habe so viel Sünden. Nimmt allein Nahrung. Puls dicrot, kräftig, beschleunigt, Urin: viel Eiweiss, Cylinder. Diazoreaction zweifelhaft.

20. X. Temperatur 39·6 und 38·2. Verweigert Nahrung. Sondenfütterung. An den Bauchdecken Roseolen. Milz sehr vergrössert. Lippen trocken. Zunge dick schmutzig, belegt. Beim Besuch ihres Mannes schreit sie und jammert. Nachher verwirrt, nennt die Oberpflegerin: liebe Mutter Gottes, den Arzt hält sie für den Herrgott.

21. X. Temperatur 39·6 und 39·4. Kühle Bäder. Schreit monoton: „schrecklich“. Stundenlang wiederholt. Nicht besonders benommen, zeigt Angst vor Bad und Fütterung.

Widal'sche Reaction (makroskopisch und mikroskopisch) deutlich positiv, ebenso Diazoreaction.

22. X. Temperatur 39·1 und 40·4 (0·5 Phenacetin). Dann Schüttelfrost. Confluirendes Erythem auf beiden Wangen, Kinn, Nasennüstern, an Armen und Beinen, verschwindet in 2½ Stunden. Nachts unausgesetzt geschrieen.

23. X. Temperatur 40·9 und 40·4. Dreimal täglich 0·5 Lactophenin. Erythem am Kinn. Infiltrirte Schwellung am linken Unterarm. Roseolen verschwinden. Nachts sehr laut. Hat Stuhlgang unter sich gelassen.

24. X. Temperatur 40·1 und 40·3. Kleiner Puls. Dreimal Stuhlgang, erbsbreiähnlich.

25. X. Temperatur 39·1 und 40·4. Erkennt ihren Mann, spricht ruhig mit ihm, wünscht nach Hause. Jammert dazwischen, schreit: „grauenhaft“. Kampfer.

26. X. Temperatur 39·9 und 40·1. Puls sehr klein. Kampfer. Ist nicht eigentlich benommen, merkt, wenn man zum Füttern kommt, jammert dann.

27. X. Nachts Collaps, Cheyne-Stokes. Temperatur 40·2. Morgens 2½ Uhr Exitus.

Section: Typhus abdominalis im Stadium der gereinigten Geschwüre, Lungenödem, Bronchialkatarrh, Lungenembolie. Parenchymatöse Schwellung der inneren Organe. Septische Phlegmone des linken Armes. In der Milz liessen sich Bacillen und Streptokokken nachweisen (pathol. Institut Tübingen).

Die mikroskopische Untersuchung (cfr. Dr. *E. Meyer*, Wesen und Bedeutung der Ganglienzellenveränderungen, insbesondere bei Psychosen, Berliner klin. Wochenschrift, 1900, Nr. 32) ergab: Die Riesenpyramidenzellen der Centralwindungen sind zum Theil in Grösse, Form und Fortsätzen, sowie dem Verhalten der Granula intact. Eine beträchtliche Zahl von ihnen zeigen jedoch central nur feine Körnchen, peripher dickere Granula. Viele sind auch bald mehr, bald weniger abgerundet und fortsatzarm. Zugleich rückt meist der Kern an die Peripherie.

Fall 2. Gelenkrheumatismus.

H. H., 20 Jahre alt, Kellnerin. Keine Heredität. Vage Schmerzen in einem Oberschenkel. Kein Fieber. In einer Nacht heftige ängstliche Erregung. Wegen eines angeblichen Herzleidens einem Krankenhaus überwiesen. Hier schnelle Steigerung der Unruhe, stürzt sich aus dem Fenster; Fractur des rechten Oberschenkels. Temperatur 38·2 und 38·7. Bei der Aufnahme auf die Irrenabtheilung Zeichen des Gelenkrheumatismus, eine Herzaffection. Unausgesetzt heftigste Delirien. Grosse Unruhe. Verkennt Umgebung. Unter Anstieg der Temperatur auf 43° erfolgte der Tod, 13 Tage nach dem Ausbruch der ersten Erregung.

Fall 3. Gelenkrheumatismus.

L. B., 21 Jahre, Arbeiterin. Keine Heredität. Wegen Gelenkschmerzen in die innere Klinik aufgenommen. Erhält 40 Grm. Natr. salicyl. in Lösung von 10:200·0. Nach diesem Tremor der Hände, Mattigkeit im Kopf, in den Gliedern. Darreichung von anderen Antirheumaticis (Antipyrin, Tinct. colchic., Propylamin) ohne Nutzen. Auftreten von lebhaften Sinnestäuschungen (sieht Engel, Thiere in der Luft, hört Stimmen). Leichte Erregung. Verlegung nach der Irrenabtheilung. Hier ruhig. Keine Sinnestäuschungen. Nach 14 Tagen geheilt.

Die Hauptsymptome des ausgebildeten Fieberdeliriums sind Bewusstseinstrübung, Desorientirtheit, Sinnestäuschungen; dabei kann es zu einem mehr ruhigen Verlauf mit vereinzelten Wahnideen kommen oder es tritt eine lebhafte motorische Erregung auf, nicht selten einer Manie ähnlich mit Ideenflucht, Incohärenz, Bewegungsdrang. Oft stellen sich ängstliche Affectzustände oder ein Wechsel zwischen Zorn und Angstaffecten ein. Die leichte motorische Unruhe kann sich steigern zu schweren Jactationen. Nicht selten wird die Erregung durch stuporöse Zustände unterbrochen.

Alle diese Symptome können eine Steigerung in verschiedenen Phasen erfahren, wie solche von *Liebermeister* bei den Wirkungen der febrilen Temperatursteigerung beschrieben ist.

Im ersten Stadium keine Störung des Bewusstseins: Ein gewisses unbestimmtes Gefühl von Unruhe, Unbehagen, Bedrücktsein, leichte Reizbarkeit und Empfindlichkeit, Unlust. Der Schlaf ist unruhig, durch beängstigende Träume gestört. Bei Remissionen oder Verschwinden des Fiebers weichen diese Störungen sofort.

Im zweiten Stadium treten stärkere elementare Störungen des Bewusstseins, der Apperception, des Vorstellens ein: Unruhe wechselt mit Apathie ab, die Wahrnehmung verfälscht sich durch Illusionen und Hallucinationen. Diese sind meist flüchtig, selten traumhaft, zeichnen sich selten, wie im Delirium tremens, durch Plasticität und Lebendigkeit aus.

Auch diese Störungen können sich mit Schwinden des Fiebers schnell zurückbilden.

Stärkere andauernde Benommenheit, resp. Bewusstseinstrübung tritt im dritten Stadium auf: Die Kranken sind schwer besinnlich, schlafsüchtig, liegen mit geöffneten Augen da, sprechen halblaut vor sich hin. Neben den ruhigen mussitirenden Delirien auch furibunde Erregungszustände mit aggressivem Vorgehen gegen ihre Umgebung, Selbstverletzungen, Selbstverstümmelungen, Flucht vor vermeintlichen Verfolgern durch Sprung aus dem Fenster.

Dieses Stadium hält in der Regel mit Nachlassen des Fiebers länger an.

Im vierten Stadium tiefer Sopor, blande mussitirende Delirien, Flockenlesen, zielloses Greifen, oft Coma. Tod.

Nur selten sind diese Stadien derartig abzugrenzen, meist verwischen sie sich ohne deutlich abzugrenzende Uebergänge.

Was die Besonderheit des Ausbruches der Delirien bei einzelnen Formen anlangt, so ist zu bemerken, dass bei Malaria die psychischen Störungen meist erst ausbrechen, wenn diese chronisch geworden ist.

Bei Intermittens sollen nach *Griesinger* Geistesstörungen als Aequivalente der Fieberparoxysmen auftreten können oder es zeigen sich von vorneherein an Orten, wo Wechselfieber endemisch sind, intermittirende

Anfälle von Geistesstörung, ohne dass es zu einem Intermittensanfall kommt.

Unter den Pneumonien gehen die Spitzenpneumonien am häufigsten mit Psychosen einher. Bei den Pocken ist der Zeitraum zwischen Eruption und Suppurationsstadium der günstigste für den Ausbruch der Delirien.

Beim acuten Gelenkrheumatismus habe ich mich in einigen Fällen nicht des Eindruckes erwehren können, dass die Darreichung von Salicyl für das Zustandekommen von Gehörstäuschungen sehr förderlich wirkte.

Die eben skizzirten Krankheitsbilder, welche wir im engeren Sinne als Fieber oder Infectionsdelirien benennen, können, allerdings viel seltener, erst auf der Acme der Erkrankung auftreten, ohne dass sie dadurch irgendwie in ihren Symptomen oder in ihrer Verlaufsweise sich anders verhalten.

Jedenfalls gehen Höhe des Fiebers und psychische Störungen nicht Hand in Hand. Es wird von verschiedenen Autoren (*Liebermeister, Fräntzel, Gerhardt, Curschmann* u. A.) beim Typhus hervorgehoben, dass schwere cerebrale Störungen gerade hier mit niedrigen Temperaturen zusammenkommen.

Gerhardt weist besonders auf die mitten im Verlauf des Darmtyphoids zuweilen eintretende mehrtägige Fieberlosigkeit hin, die mit schweren Hirnstörungen einhergeht. „Das alles endet mit einem Schlage, während die Körperwärme gleichzeitig zu gesetzmässigem Fieberverlaufe sich erhebt."

Viel häufiger begegnen wir den psychischen Störungen im Stadium decrementi und in der **Reconvalescenz.** Es ist der weitaus überwiegende Theil von Psychosen, welcher in diesen Stadien zur Entwicklung kommt.

Neben den eigentlichen Geistesstörungen, wie Manie, Melancholie, acute Paranoia, sind es hauptsächlich die Delirien und Psychosen, für deren Zustandekommen dem Begriff der Erschöpfung ein weites Feld und eine ausschlaggebende Bedeutung beigelegt wird. Dass mit einem solchen schwankenden, vielseitigen Begriff, wie der der Erschöpfung ist, nicht viel gewonnen wird, liegt auf der Hand. In allen möglichen Variationen kehrt er bei den verschiedensten Bezeichnungen, welche für diese Zustände gewählt werden, wieder: asthenische Psychosen, resp. Delirien, Erschöpfungsamentia, Collaps, Defervescenz-Inanitionsdelirien, Erschöpfungsneurasthenie, chronisch-nervöse Erschöpfung. Bei den einzelnen werden wieder verschiedene Grade der Intensität abgetrennt von der einfachen neurasthenischen Verstimmung und Reizbarkeit bis zu schweren stupurösen Zuständen. Für letztere wird auch die Bezeichnung Delirium acutum oder Delirium acutum exhaustivum gewählt. Auch dieses wird noch nach Reiz- und Lähmungserscheinungen in del. ac. maniacale, melancholicum, anergeticum oder paralyticum *(Schüle)* zerlegt.

So dankenswerth derartige Bemühungen auch sind, welche auf eine Trennung der mannigfaltigen Formen abzielen, so ist doch nicht zu verkennen, dass die Bezeichnungen nur gewählt sind diesem oder jenem Symptom zu Liebe, welches dem Beobachter besonders gravirend, klinisch besonders wichtig erschien. In den meisten Benennungen kommt das Bemühen zum Ausdruck, den verschiedenartigen Steigerungen, welche diese Psychosen aufweisen, gerecht zu werden.

Nachstehende Krankengeschichten mögen die Reichhaltigkeit der psychischen Symptome, die begleitenden nervösen Erscheinungen illustriren.

In drei Fällen liegt Influenza zu Grunde, in drei Pneumonie, in vier acuter Gelenkrheumatismus, in einem Typhus, in fünf Phthisis pulmonum, in einem Masern, in zwei Gonorrhoe.

Fall 4. Influenza. Im Verlauf heftiges Delirium mit melancholischer Färbung. Heilung.

A. K., 48 Jahre, Postmeisterfrau. Aufgenommen 12. I. 1900, geheilt entlassen 26. II. 1900. Keine Heredität. Heiteres Temperament. Periode in den letzten Monaten unregelmässig. Keine Entbindung, keine Aborte. Am 23. December 1899 Influenza. Kopfschmerzen, Unwohlsein; Fieber zwischen 38 und 40. In letzter Zeit zwischen 37·5 und 38·5. Körperlich sehr schwach. Sprechweise wurde etwas pathetisch. Am 1. I. 1900 äusserte sie, sie habe viele Sünden begangen, habe die Gnadenzeit verpasst, weil sie das Abendmahl nicht zu rechter Zeit genommen. Als ihr dieses gereicht war, sagte sie, sie habe den Heiland doch nicht gefunden, war unglücklich, jammerte. Macht sich Vorwürfe, sie sei nicht liebevoll genug gewesen. Sehr ängstlich, unruhig, schrie, jammerte, sprach von Selbstmord, sie habe nicht für ihre Kinder gesorgt.

Bei der Aufnahme am 12. I. dürftiger Ernährungszustand. Zunge belegt, Herzthätigkeit beschleunigt, Druck auf Muskulatur schmerzhaft. Reflexe lebhaft. Kein Fieber. Schwitzt stark. Anfangs stumm, dann vereinzelte leise Antworten. Augen geschlossen dabei. Fortwährendes Zucken und Zittern in der Muskulatur am Mund und Kinn. Sprache verschwommen, oft undeutlich, nasaler Beiklang. Leidender, rathloser Gesichtsausdruck. Versinkt während der Fragen oft in Stummheit. Sie habe Angst. Geht einige Male mit rathlosem Gesichtsausdruck unsicher tretend aus dem Bett. Zupft und kramt im Bett umher, bewegt die Hände wie flockenlesend. Spontan sagt sie: „Das Weihnachtsfest". Nacht unruhig.

13. I. Am Morgen liegt sie wie in einem benommenen Zustand. Mund halb offen. Der ganze Körper, besonders die Gesichtsmuskulatur befindet sich in fortwährendem Vibriren. Gibt Hand, sagt guten Morgen. Spricht in abgerissenen, unzusammenhängenden Worten vor sich hin, ruft Anna, Karl, Marie. Verunreinigt sich mit Stuhl.

14. I. An der Herzspitze hin und wieder systolisches Geräusch. Herzaction beschleunigt. Puls 100. Nichts auf den Lungen.

15. I. Theilweise geschlafen. Am Morgen geordneter. Sie möchte ihren Mann um Verzeihung bitten für so viele Sünden. Sie verdiene keine Wohlthaten. Sprache ruhiger. Kein Vibriren mehr in der Mundmuskulatur. Zuweilen ein Zucken im linken Mundfacialis. Zittern hat sehr nachgelassen. Viel Versündigungsideen, sie habe schlechte Ausdrücke gebraucht, den Heiland nicht gesucht.

16. I. Drängt fort, sie müsse heraus mit ihrer schlechten Seele. Sprache ohne Störung. Zittern fort.

17. I. Habe Angst, weil sie eine grosse Sünderin sei: nicht gebetet, nicht zur Kirche gegangen, nicht fleissig.

18. I. Fühle sich etwas besser. Sie wisse nicht, wohin sie gehöre, habe keine Heimat mehr.

20. I. Sei ein Bündel, das mit Stroh ausgestopft sei, sie sei schon verdammt, lebe nicht mehr, alles an ihr sei Sünde, sie wäre der Teufel, ihr wüchse ein Horn, ihr Hals sei voller Sünden, sie sei nicht krank.

22. I. Habe kein Herz und keine Seele, sei verdammt.

25. I. Sei Schuld an ihrer Erkrankung.

27. I. Ruhiger. Das Vergangene komme ihr krankhaft vor. Sie habe das Gefühl gehabt, wie wenn sie verdammt wäre, wie wenn die Welt wegen ihrer untergehen würde. In den Tagen, wo sie so bewusstlos lag, habe sie das gedacht.

Sie hätte fleissiger beten sollen. Sie habe das Gefühl, als sei das Herz eingetrocknet. Sie führe jetzt ein Scheinleben.

28. I. Spricht in einem Brief von Seelenqualen, hofft, dass der Heiland ihr den Sieg über Tod, Teufel, Hölle verleihe.

30. I. Stimmung langsam besser. Schwankungen. Versündungsideen blassen ab.

2. II. Ausser Bett. Noch sehr verzagt. Abends protrahirte warme Bäder.

22. II. Fortschreitende Besserung. Weiss nicht, wie sie vom Hause kam. Sie habe das Gefühl, als hätte sie schwere Träume gehabt. Vom ersten Aufenthalt hier weiss sie auch nichts. Weiss nicht, wie sie zu ihren Versündigungsgedanken gekommen ist. „Die Gedanken kommen von den vielen Phantasien und der Angst." Sie hatte Angst, dass sie eine grosse Sünderin sei. Sie sei überzeugt, dass es krankhafte Ideen waren. Stimmung jetzt heiter und zufrieden. Körpergewicht von 59 auf 65 Kgrm. gestiegen. Niemals Fieber.

Fall 5. Influenza. Im Verlauf ac. hallucinat. Verwirrtheit. Heilung.

C. L., 42 Jahre alt, verheiratet. Aufgenommen am 25. IV. 1900, entlassen am 23. V. 1900. 10 Geburten: 6 in erster, 4 in zweiter Ehe, wovon eine Todgeburt. Ende Februar 1900 Tod einer erwachsenen Tochter, worüber Pat. sich sehr grämte. Keine Heredität. Früher nie geistig erkrankt gewesen. Periode bis jetzt regelmässig. Mitte April Influenza mit heftigen Kopfschmerzen und geringem Fieber, seither verwirrt, schlaflos aufgeregt. Verkannte ihre Umgebung, verweigerte die Nahrung, hielt sich für verhext, zeigt grosse Angst und Misstrauen.

25. IV. 1900. Patientin wird gebadet und ins Bett gebracht, fängt schon nach kurzer Zeit zu beten und singen an, speit Ref. an, fragt, ob er Christus sei, fordert ihn auf, ihr einen Kuss zu geben. Pat. kann im vorderen Saal nicht belassen werden, kommt in den mittleren Wachsaal, ist in beständiger Unruhe, springt aus dem Bett, auf das Closet, an das Fenster, schlägt minutenlang mit den Handflächen aneinander, lacht und weint. Im Aerztezimmer singt sie in eigenthümlicher monotoner Weise, verneint die Frage nach Nahrungsaufnahme, streckt mehrfach die Zunge hervor, singt: „Christi Blut und Gerechtigkeit und wenn die Welt voll Teufel wär", hebt die Röcke in die Höhe, ist sehr widerstrebend und unruhig. Mitunter umarmt und küsst sie die Pflegerin, sucht Ref. ihre Geschlechtstheile zu zeigen. „Wie heissen Sie?" — gibt keine Antwort, deutet auf die Stirne. „Sind Sie geisteskrank?" „Ja!" „Seit wann?" — schlägt auf die Brust. „Wodurch geworden?" — schlägt auf die Brust. „Können Sie nicht sprechen?" „Ich muss denken da drinnen" — deutet auf die Stirne — „ich kann nur sprechen, wenn ich kann, wenn ich kann. Jesus ist der Siegesheld, Jesus ist der Siegesheld." „Haben Sie Hunger?" — nickt. „Warum essen Sie nicht?" — deutet auf die Stirne.

Macht mehrfach blasende Bewegungen, a. V. — deutet sie auf die Stirne — patscht in die Hände, reibt mit den Füssen auf dem Boden umher. „Es klopfe ihr so im Kopf" — springt auf und will aus dem Zimmer.

Bei den meisten Fragen schaut sie Ref. rathlos an, gibt keine entsprechenden Antworten. „Ich will blos trinken, ich hab' so Durst", trinkt in gierigen Zügen.

Ref. hält sie für Herrn Dr. *R.*, sucht Ref. Wasser in das Gesicht zu speien, gibt auf keine Fragen mehr Antwort. Gesichtsausdruck rathlos, fragesuchend. Die Reaction auf Fragen besteht darin, dass Pat. sich auf die Stirne oder auf die Brust klopft oder die Zunge vorstreckt. Die Pflegerin sucht sie mehrfach in das Gesicht zu speien und zu schlagen. Eine genaue körperliche Untersuchung ist wegen der Unruhe und des Widerstrebens der Pat. augenblicklich nicht vorzunehmen. Pupillen gleich, R/L. + R/C. + AB. frei. Kniephänomene lebhaft. Auf Nadelstiche Abwehrbewegungen. Plantarreflexe vorhanden. Puls 86, regelmässig. mässig kräftig. An Abdominalorganen, Herz und Lungen zur Zeit kein sicherer Befund zu erheben. Zunge gerade, belegt, frei beweglich. Sprache ohne Störung. Reducirter Ernährungs- und Kräftezustand. Erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit. Gelbe Gesichtsfarbe. Grösse 1·59 Meter. Gewicht 56 Kgrm. Temperatur 37·5 Grad.

Ziemlich grosse Struma vorwiegend des rechten Lappens, circumscripte des mittleren Lappens. Patientin war Nachmittags sehr unruhig, ass spontan zu Abend, nahm 2·0 Chloral und schlief Nachts ruhig.

26. IV. 1900. Begrüsst Ref. in der Frühe als Herr Doctor, frägt dann: „Bist Du Christus?“, springt anhaltend aus dem Bett, wirft das Bettzeug durcheinander, lacht und singt.

28. IV. Sehr lebhaft, nicht zu fixiren, erotisch. Nahrungsaufnahme gut, nimmt auch Medicin. Ab und zu Klagen über Kopfschmerzen. Keine Temperatursteigerung.

30. IV. Etwas ruhiger, Antworten erfolgen bald richtig, bald falsch. Aufmerksamkeit schwer zu fixiren. Schlaf und Appetit bessern sich. Stimmung sehr wechselnd. Menstruation vom 28. IV. bis 1. V.

Patientin kommt in weinerlicher Stimmung ins Aerztezimmer. „Ich bin im Traum dahergekommen? Jetzt sehe ich, dass es so schön ist. Ich weiss gar nicht mehr, wann ich gekommen bin. Ich weiss gar nicht, wo ich jetzt bin.“ Patientin gibt Monat und Jahr richtig an, über die Dauer ihres hiesigen Aufenthaltes ist sie nicht orientirt. Patientin glaubt, sie sei in Rottenburg im Zuchthaus und sie habe doch nichts angestellt. Auf diese Idee sei sie gekommen, weil sie so lange dableiben müsse. Sie sei hierhergekommen, weil eine barmherzige Schwester sie habe besuchen wollen. Zu Hause habe man sie fortgethan, weil es hiess, sie sei nicht mehr recht, ob das wahr sei, wisse sie nicht. Patientin weiss, dass sie an Influenza krank war, auch im Kopfe sei sie nicht recht gewesen. Patientin will noch nie geisteskrank gewesen sein; jetzt sei sie recht im Kopf. Es sei alles so gewesen wie im Traum, so sei sie auch hierhergekommen. Der Heiland sei ihr öfter erschienen, es sei ihr gewesen, als ob die ganze Freundschaft ihre goldene Hochzeit feiern wollte. Ref. habe sie wegen seines weissen Kleides für den Heiland gehalten. Gesteigerte geschlechtliche Aufregung gibt sie zu. „Meine Zunge ist ganz verdreht.“ Sonne, Mond und Sterne habe sie auch gesehen. Ihr 20jähriger Bub' sei ihr auch erschienen. Keine Versündigungsideen und Selbstvorwürfe. Sie habe vielerlei Stimmen gehört, dieselben hatten gesagt, wenn wir auch so wären, wie sie sind, dann wären wir in Jerusalem, dann kämen wir in den Himmel, Ref. hält sie für Herrn Dr. *R.* von Calw, welcher immer wieder hierher fahre, um nach ihr zu sehen. Zeitweise habe sie geglaubt, sie sei im Himmel, weil sie so weiss gewesen sei. Es sei immer so gewesen, als ob sie auf und nieder sich wiegen müsse. Die Stimmen hätten geschrieen, Altburg sei verbrannt. Das Essen habe einmal so gerauchelt, Katzen, Tauben, Schlangen habe sie hier gesehen, sie habe dann grosse Angst empfunden. Neben ihr dran sei ein Weib, das winsele so, das sei ihr Vater oder ihre Mutter, die gestorben sei.

2. V. Wird ruhiger, in den vorderen Saal verlegt; noch unklar.

5. V. Exploration. Patientin fühlt sich etwas besser, doch sei noch ein solches Getöse, sie sei so schreckhaft noch und ängstlich. Patientin glaubt, in Calw in einer Kirche zu sein, „ich schaue immer auf die Uhr, mein Vater ist durch ein Gewitter um das Leben gekommen. Ich bin ganz verwettert im Kopf. Bin ich im Spital oder so etwas?“ — weint. Ref. hält sie für den Dr. *R.* von Calw. Patientin gibt zu, krank gewesen zu sein, es habe ihr im Kopfe gefehlt, jetzt fehle es ihr nicht mehr im Kopf, aber es sei ihr zum Sterben so schwer — weint. „Ich weiss nicht, wo ich bin, bin ich in Calw oder Tübingen oder Rottenburg oder Ludwigsburg? Das ist nur so ein Traum gewesen, ich weiss nichts mehr.“ Die Dauer ihres hiesigen Aufenthaltes kann sie nicht angeben, sie sei gleich nach dem Osterfeste hierher gekommen. Monat? „Mai, weil es so schön blüht. Dann habe ich gesagt, ich warte noch, bis die Sonnenblume so schön blüht, dann lasse ich Sauerbrunnenwasser heraus.“ Jahr? „1900.“ Datum, Wochentag weiss sie nicht Als Grund ihrer weinerlichen Stimmung: „Ich weiss nicht, darf ich es sagen?“, a. B., „Weil ich so Schläge gekriegt habe.“ Von wem? „Das weiss ich nicht mehr — wo ich hierher gekommen bin.“ Warum haben Sie immer zugeschlagen? „Weil ich nicht hinaus durfte.“ Gespieen? „Von dem weiss ich nichts, dass ich

jemand angespieen habe.“ Wie heissen Sie? „Mein zweiter Mann heisst Loercher, dann werde ich wohl auch so heissen.“ Warum hielten Sie Ref. für Christus? „Das weiss ich nicht, habe ich das gesagt oder gethan?“ Haben Sie Angst? „Ja freilich, weil es fort so poltert“ — es wird der Boden im Nebenzimmer aufgerieben — „Ich habe blos gesagt, hier in diesem Rosengarten will ich auf meine Lieben warten.“ Was glauben Sie, dass Ihnen hier passirt? „Es ist mir eins, was mit mir gemacht wird,“ a. B., „Schlecht gehen kann es mir nicht.“ Warum nicht?“ „Weil ich beten kann.“ Haben Sie früher nicht beten können? „Die erste Nacht hab' ich es können, die zweite aber nicht mehr.“ „Warum nicht mehr? „Die Sinne haben nicht mehr können.“ Glaubten Sie verhext zu sein? „Ja, so hat es mich gedruckt, wie wenn jemand was machen würde.“

Personalien gibt sie richtig an. Es sei immer so ein Gespringe um sie herum, so ein Marschiren im Saal. „Ich meine immer, ich sollte meine ganze Freundschaft da haben, dass ich singen und beten kann“, a. B., „da ist eben ein Mädle immer auf- und abgelaufen und die hatte ein gelbes Blümchen und darum habe ich sie gebeten. Das hat so gut gerochen und das hat mir so gut gethan.“ Am ersten Tage ihres Hierseins sei, als sie in das Licht gesehen habe, ein Engelein daraus hervorgekommen, Augenblicklich will sich Patientin frei von Sinnestäuschungen fühlen, körperlich keine Beschwerden.

$3 \times 5 =$ „15“ $\left\{ \begin{matrix} 4 \times 8 = \text{„38“!} \\ \text{a. B.} = \text{„22“} \end{matrix} \right\} 7 \times 9 =$ ich kann mich nicht mehr besinnen.

Sie habe geglaubt, sie bekomme Seifenwasser zu trinken, man wolle sie umbringen, daheim habe sie Gift im Essen vermuthet. Sie könne jetzt noch nicht essen, weil sie noch „störrig“ sei, sie könne noch nicht aufsitzen. Patientin fühlt sich noch recht müde und angegriffen und ist froh, dass das Schlimmste vorüber ist.

Patientin ist bald orientirt, bald desorientirt; Stimmung trägt depressiven Charakter. Vorstellungsablauf verlangsamt. Grosse Ermüdbarkeit.

7. V. 1900. 2. Paronychien. Patientin verlangt nach Hause, sie sei gesund und habe Heimweh nach ihren Kindern; verhält sich ruhig, ist körperlich ziemlich reducirt.

8. V. Es gehe ihr heute ordentlich. Nachts sei sie mehrfach aufgewacht, weil die Kranke neben ihr so gewinselt habe und weil ihr die Finger schmerzten. Erscheinungen stellt sie in Abrede. Im Kopf sei es ihr im Bett leichter, doch wenn sie aufsitze, dann werde es ihr schwindelig und übel. Die Vergangenheit komme ihr wie ein Traum vor, sie habe nicht gewusst, wo sie sei.

9. V. Die Nacht vom 8./9. V. war nach Angabe der Pat. ordentlich. In der Frühe fragt Pat. den Ref. mit weinerlicher Stimme, ob sie ihm etwas zu Leid gethan habe, ob sie ihn um Verzeihung bitten müsse. Gegen die Pflegerin äussert sie, man habe ihr das „Kreuz“ abgeschlagen, das spüre sie daran, dass ihr alles weh thue. Ihr Schlaf sei kein natürlicher, sondern ein Dusel. Sie fühle sich noch sehr müde und angegriffen.

15. V. Patientin ist meist in gedrückter Stimmung, äussert lebhaftes Heimweh, sieht noch blass und elend aus. Schlaf und Appetit bessern sich. Pat. äussert Krankheitseinsicht, ab und zu beklagt sie sich über den Lärm um sie herum und über körperliche Beschwerden: steht Nachmittags etwas auf.

20. V. Besserung macht langsame Fortschritte.

23. V. Exploration. Patientin weiss nicht, wann sie hierher gebracht worden ist, wohl aber, dass ihr Mann und ihr Schwager sie hierher begleiteten. Sie habe nicht gewusst, wo sie war. Weil alles so schneeweiss gewesen sei, habe sie gemeint, sie sei bei den Todten. Sie habe geglaubt, ihre jüngst verstorbene Tochter sei hier, und zu der habe sie immer gewollt. Patientin bricht hierbei in Thränen aus. Sie habe geglaubt, im Himmel zu sein. Ref. habe sie für den Dr. *R.* gehalten, welcher immer zu ihrem Mädchen gekommen sei. In den Lampen habe sie Engel gesehen. Sie habe auch Hunde bellen hören und gemeint, es springen

Hasen im Saale umher. Sie habe heftige Kopfschmerzen empfunden, es sei ihr gewesen, wie wenn der Kopf zerspringen wolle, die Bettlade sei mitunter im Kreis herumgegangen, sie habe heftigen Schwindel verspürt. Zuerst habe sie befürchtet, Gift im Essen zu bekommen. Das Essen habe manchmal so „dumm geschmeckt"; genauer vermag sie diese Empfindung nicht zu schildern. Die blasenden Bewegungen habe sie deshalb gemacht, weil das ganze Bett voll Haare gewesen sei. Pat. weiss nicht, dass sie Ref. ins Gesicht gespieen hat. Ueber ihre Persönlichkeit sei sie sich klar gewesen. Von gesteigerter geschlechtlicher Erregung und dem Einnehmen eigenthümlicher Bewegungen weiss Ref. nichts. Zeitlich und örtlich orientirt, ihren hiesigen Aufenthalt schätzt sie auf 5 Wochen (4 Wochen). Pat. hat Krankheitseinsicht, weiss, dass diese Erscheinungen krankhaft waren.

Patientin gibt an, geisteskrank gewesen zu sein.

Patientin ist der Ansicht, durch Influenza so krank geworden zu sein.

Körperlicher Befund: Blasse, mässig ernährte Frau, von gering entwickelter Muskulatur. Schädel symmetrisch. Scheitel auf Druck schmerzhaft. Pupillen gleich, mittelweit. R/L. + R/C. + A/B. frei. Punkte frei. Facialis symmetrisch. Zunge wird gerade vorgestreckt, ist frei beweglich Sprache ohne articulatorische Störung. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Reflexe lebhaft. Sensibilität und Motilität gehörig. Lebhafter Tremor der geschlossenen Lider. Geringes Schwanken bei Augenschluss. Haut und sichtbare Schleimhäute blass. Gering entwickeltes Fettpolster. Urin frei von pathologischen Bestandtheilen.

Gebessert nach Hause entlassen.

Die im November 1900 eingezogenen Erkundigungen ergeben, dass sie völlig gesund ist.

Fall 6. Influenza. In Reconvalescenz ac. hallucinat. Verwirrtheit. Heilung.

R. M., Frau, 50 Jahre alt. Aufgenommen am 16. III. 1899. geheilt entlassen 6. V. 1899. Keine Heredität. 1891 Genickstarre, im Anschluss daran Erregung, sang, schalt, betete. Dauer $^1/_4$ Jahr. Seitdem gesund. Periode unregelmässig in letzter Zeit. Mitte Februar 1899 Influenza: sehr elend, abgemagert. 13. März: Kurzer Zustand von Benommenheit. Dann heftige Erregung: sprach viel von ihren früheren Stellen. Schlaf, Appetit schlecht.

Bei Aufnahme sehr wechselnder Stimmung, Anfangs heiter singend, dann ängstlich; spricht viel: „Meine Schwester ist die gnädige Frau und meine Tochter hat ein so gutes Gewissen wie ihre Mutter. Ich will sie ja nur retten, ich habe so Angst, ich habe Gift bekommen." „Singt in leiter uns an der Hand bis ins Vaterland. Ich lass mir nicht sagen, ich sei liederlich, der Graf von Luxemburg hat all sein Geld verjuckt, mein Bruder, der Scherenschleifer, soll der gnädigen Frau die Hand reichen, jetzt gehts wieder nach Tirol, heute Nacht ist mir im Nachtstuhl was passirt."

Ruft laut: „Oh, ich bitte nicht, ich will heim." „Heute Nacht haben sie meinem Kinde das Leben genommen, weil ich so eine lustige Frau bin und bin in der Ritterburg zu Haus." „Es ist blos Aufregung, das Blut wallt." Fängt dann an zu jammern und zu singen: „Ich lass mir nicht mein Leben nehmen, ich bin so eine, wie nur alle auf der Welt." Sagt dann: „Es hat mir deutlich in die Ohren gesprochen, ich habe es deutlich gehört. Es hat gesagt: ‚Haben wir Dich endlich?'" Fasst die Ohren an, sagt: „Man hat mir mein Gehör genommen. Hier sind ja Katzen, die mich quälen, die Nacht sind sie an mir gewesen in Wiesbaden. Ich will nicht Hund sein, ich will heim, ich will die gnädige Frau retten." Mehrmals wendet sie sich um, ruft: „Was", als ob sie etwas gehört habe.

Wo hier? „In Wiesbaden werde ich sein, Freudenstadt." Was für ein Name?" „Ich weiss nicht, es wird mir immer ins Ohr geschwätzt. Anna Marie Kaiser hat so ein gutes Gewissen wie ihre Mutter. Ich habe so viel Medicin bekommen, von der bin ich verrückt geworden." Name? „Rosine Morloch." Ge-

burtstag? „21. oder 22. December 1849.“ Die Stimmung ist oft und unvermittelt wechselnd.

Status praesens:

Schlecht aussehende Frau, mit gelber Gesichtsfarbe, sehr anämisch. Kopf: L. D. 17 Cm., Qu. D. = 14½ Cm., Umfang 54 Cm. An den Lippen ausgedehnte Herpeseruptionen. Pupillen mittelweit, rund, beiderseits gleich. Lichtreaction erhalten. Augenbewegungen frei. Zunge kommt gerade, zittert. Soweit eine Untersuchung der Lungen möglich, überall regulärer Lungenschall, vesiculäres Athmen mit vereinzeltem Giemen. Herz ohne Besonderheiten. Rachenorgane geröthet. Leberdämpfung schneidet mit dem Rippenbogen ab. Kniephänomene vorhanden. Reflexe d. O. E. O. E. schwach. Sensibilität nichts. Die grossen Nervenstämme an den U. E. U. E. scheinen auf Druck empfindlich zu sein. Häufiges Zähneknirschen. Grösse 151½ Cm. Gewicht 55 Kgrm. Temperatur 38·1 Grad. Urin frei von E. und Z.

17. III. Ist Nachts sehr laut, nimmt ihre Kissen heraus und wirft nach den anderen Patientinnen. Morgens sehr erregt, springt im Bett umher, verbeugt sich, schlägt gegen das Bett, hebt die Arme hoch, verdreht die Hände, legt sich hin, springt wieder auf, bläst in die Ecken, greift an ihrem Körper herum. Ruft abgerissene Worte wie: „Gnädige Frau. Gutes Gewissen. Wiesbaden. Wann sollte ich nach Berlin kommen. Mit gemacht. Suchet, so werdet ihr finden.“ Knüpft hin und wieder an Worte an, die sie aus der Umgebung hört. Klagt über Durst, trinkt viel. Temperatur 39·3 Grad. Auf der Lunge nichts nachweisbar. Hat nach 0·0015 Dub. 2 Stunden geschlafen, war dann bis 3 Uhr Nachmittags ruhig. Jetzt wieder sehr unruhig, häufiges Zähneknirschen. Greift viel mit den Händen in der Luft umher. Singt und spricht: „Lieber will ich sterben als hier bleiben. Danket dem Herrn. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.“ Spricht bald laut, bald leise. Streckt die Zunge hervor, grimassirt. Greift an ihren Arm, als ob sie ihn abschneiden wolle. Auf an sie gerichtete Fragen antwortet sie gar nicht.

18. III. Hat mit 0·002 Dub. und 0·01 Morph. Nachts bis gegen 2 Uhr geschlafen. Heute früh wieder grosse Unruhe. Läuft im Bett umher, stösst unarticulirte Laute aus. Erhebt wie beschwörend die Arme. Greift an der Bettstelle umher, als ob sie etwas wegwischen wollte.

19. III. Ist sehr unruhig, springt viel aus dem Bett, wälzt sich umher. Sucht auf ihrer Matratze umher: „Wenn ich meine Schwester nicht mehr gesehen habe, ich habe ein gutes Gewissen.“ Wo hier? „Stuttgart, Ulm.“ Nennt ihren Namen richtig, habe Läuten gehört und Stimmen auf der Eisenbahn. Sie wollte ihre Schwester retten. Es ist nicht möglich, dieselbe länger als auf einen Augenblick zu fixiren.

20. III. Hat gestern Besuch ihres Mannes, begrüsst denselben, fängt dann an, heftig zu weinen. Nach einigen Augenblicken ist sie wieder vollkommen verwirrt. Gegen Abend wird sie sehr aufgeregt, muss isolirt werden. Hat in der Zelle wenig geschlafen, lief weinend umher, Morgens etwas ruhiger. Liegt im Bett. Kriecht unter die Bettdecke, grimassirt sehr lebhaft. Greift in eigenthümlicher Weise mit den Händen im Bett herum. Spricht nur im Flüsterton: „Kanonen. Nun leb' wohl, du kleine Gasse. Einsperren, dass sie nicht mehr hinauskommen.“

Bei der Abendvisite etwas ruhiger und geordneter, glaubt aber, sie sei in Wiesbaden. Man solle sie jetzt in Ruhe lassen. Gibt zu, krank geworden zu sein. sie habe solches Fieber gehabt, es sei ihr ins Gehirn gezogen. Sie sei aus lauter Angst krank geworden. Sagt dann, sie habe immer ihre Woche selbst geschafft. Die Personen ihrer Umgebung verkennt sie. Weiss aber, wo sie zu Hause ist, nennt auch ihr Alter recht.

21. III. Hat Nachts wenig geschlafen, Morgens ausserordentlich erregt, muss isolirt werden. Ist dann sehr ängstlich. Sie sei unschuldig, sie habe nichts gethan, die anderen sollten noch nicht sterben. Spricht andauernd vor sich hin, schüttelt den Kopf. Sie macht vollkommen den Eindruck, als ob sie sich mit Stimmen unterhielte.

Abends etwas ruhiger, sagt, sie hört ihren Bruder rufen, es habe geschossen. Zeigt nach der Thür, da stehe der Feind. Man solle beten.

23. III. Morgens immer noch sehr erregt und ängstlich, spricht von Wiesbaden und der gnädigen Frau. An der linken Hand hat sich eine, sich auf den Unterarm erstreckende Röthung und Anschwellung gebildet. Druck auf dieselbe scheint von Patientin schmerzhaft empfunden zu werden.

24. III. Nacht war verhältnismässig ruhig, Morgens wieder sehr erregt und ängstlich. Spricht von einem Handwerksburschen, der bei ihr gearbeitet habe. Dem habe sie Schnaps eingegossen und seitdem sei sie krank. Sie spricht vollkommen unzusammenhängend, grimassirt fortwährend.

25. III. Sehr müde und matt, schläft viel. Spricht nur noch leise, ganz unverständlich vor sich hin. Aufgerichtet zur körperlichen Untersuchung, vermag sie sich nicht aufrecht zu halten, sagt selbst: „Ich bin zu schwach." Untersuchung der Lungen und des Herzens ergibt keinen pathologischen Befund. Durch Palpation ist lediglich eine Vergrösserung der Milz nachweisbar.

26. III. Hat nach Mitternacht wenig geschlafen, Morgens liegt sie ruhig im Bett, die Arme krampfhaft gebeugt, die Augen geschlossen, grimassirt dabei sehr lebhaft. Ist ängstlich, sagt, sie wisse nicht, wo sie hier sei. Man schreibe hier alles auf, damit es auf die falle. „Meine älteste Tochter ist eine Prinzessin im nächsten Jahr." Am linken Ohr Othämatom.

27. III. Liegt sehr müde und apathisch zu Bett. Spricht nur leise vor sich hin. Auf Anrufen reicht sie die Hand. Greift dann mit den Händen auf der Bettdecke umher. Sehr lebhaftes Zähneknirschen.

29. III. Die Anschwellung des linken Ohres ist wieder vollkommen zurückgegangen. Pat. liegt vollkommen ruhig und apathisch da. Reagirt gar nicht auf Anrufen, bewegt nur leise die Lippen, nickt mit dem Kopfe und grimassirt Hin und wieder geht ein Zucken durch den ganzen Körper. Die Untersuchung der Lungen ergibt einen Katarrh mässigen Grades. Milz vergrössert. Rachenorgane sind nicht zu untersuchen. Kopf gut beweglich, Halswirbel anscheinend nicht druckempfindlich.

29. III. Hat gestern Besuch ihrer Tochter, erkennt dieselbe, spricht aber nicht mit ihr. Sie verhält sich im Allgemeinen vollkommen ruhig. Sehr schläfrig und apathisch.

8. IV. Hat in den letzten Tagen sehr viel geschlafen, dann sehr apathisch. Heute gibt sie Antwort auf die Fragen, erkennt den Arzt. Sagt, sie wisse selbst nicht, was es gewesen sei. Sie habe so viel Stimmen gehört. Nach der gnädigen Frau gefragt, sagt sie, man müsse sie jetzt holen. „In der Ritterburg, wo wir jetzt sind, ist eine grosse Sägemühle." Wie man sie hierher gebracht, wisse sie nicht mehr, ebensowenig, wie lange sie hier ist. Dass sie gefüttert wurde, weiss sie. Dass sie nicht selbst gegessen, weiss sie anscheinend nicht.

10. IV. Noch sehr müde und theilnahmslos. Schläft meist. Gibt heute auf Befragen an, dass „es ihr noch immer in die Ohren blase". Was das für Stimmen gewesen seien, wisse sie nicht mehr. Es könne wohl die Dame aus Wiesbaden gewesen sein.

8. IV. Ophthalmosk. (Dr. *Grunert*) normal. Reaction träge.

16. IV. 1899. Noch immer auffallend müde und schläfrig, liegt meist mit geschlossenen Augen im Bett. Von selbst spricht sie nicht, auf Anreden gibt sie richtig Auskunft über ihre Personalien. Wo sie ist und wie lange sie hier ist, kann sie nicht angeben. Sie wisse nicht, dass sie aufgeregt gewesen sei, nur dass sie schon lange nichts geschafft habe. Den Arzt nennt sie „Herr Doctor". Abends noch etwas Fieber.

18. IV. Wisse gar nicht, wo sie daran sei. Es sei im Kopfe noch unklar, aber nicht mehr so schlimm. Meint, es sei März oder April, Jahr? „1898 oder 1899." Ueber ihre Familie gibt sie richtig Auskunft. Weiss, dass sie Influenza gehabt hat, was nachher gewesen und wie sie von Hause fortgekommen, könne sie gar nicht sagen. Stimmen habe sie wohl gehört und Glockenläuten, näheres könne sie aber nicht angeben. Dass sie so aufgeregt war etc., davon sei ihr gar nichts bekannt. Nahrungsaufnahme gut.

30. IV. Hat sich zusehends erholt. Ist täglich mehrere Stunden auf. Weiss von ihrer Erkrankung gar nichts, weiss auch nicht, dass sie ein anderer Arzt behandelt hat.

Ist jetzt völlig orientirt, gleichmässiger Stimmung. Will bald nach Hause.

6. V. 1899. Erinnerung ist nicht mehr zurückgekehrt. Geheilt entlassen.

Das Körpergewicht betrug: 16. III. 55 Kgrm , 23. III. 52 Kgrm., 30. III. 50¼ Kgrm., 6. IV. 49¾ Kgrm., 13. IV. 48¼ Kgrm., 20. IV. 49¼ Kgrm, 27. IV. 51 Kgrm., 4. V. 51 Kgrm.

Die Temperatur hielt sich in der ersten Zeit vom 16. III. bis 31. III. zwischen 37·8 und 39·8 Grad, zeigte dann vereinzelt geringen Anstieg bis auf 38·0, war vom 17. April ab normal.

Fall 7. Pneumonie. Defervescenz. Heftige Verwirrtheit. Monate anhaltend, ganz gesund.

E. D., 29 Jahre alt, Schneidersfrau. Aufgenommen am 5. V. 1898, entlassen 15. X. 1898. Früher gesund. Periode seit 16 Jahren regelmässig. Zwei Entbindungen. Kinder leben. 23. April erkrankte sie an croup. Pneumonie des linken Unterlappens. Hohes Fieber. In der Nacht vom 28. (Abends noch hohes Fieber) zum 29. plötzlich sehr aufgeregt, schrie, sie müsse sterben, rief laut, der ganze Ort brenne, auch die Welt brenne, sie schmecke es ja, verlangte aus dem Bett, da es brenne. Sprach vom Teufel, sie höre läuten, es blitze und glitzere. 29. IV. Morgens Temp. 37·9. Dämpfung l. h. u. Bronchialathmen, Rasseln. In den nächsten Tagen nahm die Erregung zu, kannte ihre Umgebung nicht mehr, sprach sehr viel, reimte oft, zählte fortwährend Heiligennamen auf, sang, bezeichnete den Pfarrer als Teufel. Sehr unruhig, fortwährend Bewegungen mit Armen und Beinen. Nahrungsaufnahme gering.

Wird in Zwangsjacke gebracht, kommt mit Geschrei und im Takt marschirend, schlägt mit den Beinen auf die Erde; auf die Frage nach Namen schüttelt sie den Kopf, schreit: „Die da.“ Auf die Frage nach Heimat antwortet sie durch Schreien einzelner Worte, wie „Nordis, Fu, Ha, Qua“. Der Gesichtsausdruck ist meist ein heiterer, zufriedener; macht eigenthümliche Bewegungen.

Auf der Lunge l. h. u. noch Dämpfung, Rasselgeräusch. Eine genaue Untersuchung bei der Unruhe nicht möglich. Die Pupillen reagiren prompt. Reflexe erhalten. Puls regelmässig von guter Spannung. Im Urin kein Eiweiss und Zucker. Wegen vollständiger, anhaltender Nahrungsverweigerung Sondenfütterung.

7. V. Flüstert viel vor sich hin, macht eigenthümliche Bewegungen mit den Händen und Fingern, vielfach in rhythmischer Weise. Grimassirt lebhaft.

8. V. Verunreinigt sich mit Stuhl und Urin.

11. V. Dämpfung l. h. u., abgeschwächtes Athmen. Keine Rasselgeräusche.

12. V. Sei in der Hölle. Sehr laut, schlägt um sich. Drehende Bewegungen des Kopfes. Nicht fixiren. Häufig Abwehrbewegungen. Sprache laut, dann leise, flüsternd. Inhalt unzusammenhängend: „Meine liebe, liebe Rale, Trale, jetzt wenden alle meine Leute — mein lieber Vater — Kaschenvater — als ein einziges, und die und da, und da und sie, gutes Vater — als nicht eine einzige, einzige Mutter.“ Pupillen mittelweit, Lippen trocken, rissig. Trinkt etwas Milch.

17. V. Hat Nachts gut geschlafen, Morgens im Ganzen ruhig. Spricht nur alliterirend: „Wieder, meine, kleine reine Rina“ und ähnlich.

18. V. „Ich bin immer nicht. Ich bin immer weiss. Ich bin immer heiss. Ich bin lauter Leute. Ich bin lauter Leuchte.“

Ist dauernd unorientirt über Ort und Zeit. Warum essen Sie nicht? „Ich bin immer eins.“ Wie heissen Sie, Frau Dehner? „Dehner, mener, meiner, Kinder, Lena, liebe, liebe Sennerin.“ Wie alt? „Reich.“ Auf Aufforderung gibt sie Hand und streckt Zunge aus.

22. V. Nachmittags im Garten, viel gesungen. Abends unruhig, spricht fortwährend wirr. Es kommt viel „Vater, Mutter“ darin vor. Singt und schreit.

Danach ruhig geschlafen. Morgens wieder sehr laut, spricht fortwährend meist unverständliche neugebildete Worte und Silben. Sehr heiter. „Jetzt ist mein' Mutter noch nicht aufgestanden, mein Vetter schreibt oft.“ Bald sehr laut, bald leise. Reisst an Hemd und Jacke. Dann ausserordentlich erregt, redet fortwährend, so dass ihr Schaum vor den Mund tritt. Sträubt sich stark beim Füttern. Spricht vom Schlauch; schimpft sonst, Näheres nicht zu verstehen.

26. V. Etwas weniger unruhig, spricht aber noch den ganzen Tag von „Vater, Mutter“, ohne dass man einen Sinn daraus verstehen kann. Wiederholt wie früher immer dieselben Worte. Abends mit Fütterung 2 Trion. und 1 Camph. Lässt Urin stets unter sich.

28. V. Aus ihren Reden nur zu verstehen, dass sie zu ihren Kindern wolle. „Heim zu meiner Mene.“

1. VI. Oefter unrein. Sehr verwirrt, redet in einem fort. Auf Fragen nach Familie reagirt sie nicht. Vorgehaltene Gegenstände, z. B. Uhr, bezeichnet sie nicht.

2. VI. Auf die Frage, wie es ihr ginge: „Sehr gut, aber ich will eine Fanny kennen.“ Nennt fortwährend einzelne Vornamen, spricht häufig von ihrer Mena, auch vom Füttern. Zeigt immer auf ihre Zähne. Schimpft dann. Rechts hinten leichte Dämpfung. Mässig ausgedehntes Bronchialathmen.

7. VI. Erkennt ihre Schwester, die als Patientin in die Klinik kommt.

8. VI. Wie man ihr guten Abend bietet, sagt sie: „Guten Abend Herr Lehrer! Erlöser der Welt, Othmar.“ Wie heisst ihr Mann? „Othmar.“ Sonst spricht sie viel nach und flickt in ihre Aeusserungen ein, was um sie gesprochen wird.

9. VI. Hat Mann und Kinder erkannt. Bald darauf wieder verwirrt; spricht von Verhexen und Caroussel. Immer unrein mit Stuhl und Urin.

17. VI. Im Ganzen ruhiger, spricht aber ziemlich viel, meist dieselben Worte wiederholend; sehr viel von ihren Kindern, Manne, Mutter; Fragen, wie ihr Mann hiesse, wie viel Kinder sie habe, lässt sie unbeantwortet und spricht immer weiter. „Mene, dene“ und ähnl. Erkennt ihre Schwester, ruft sie mit Vornamen. Nahrung lässt sie sich auch von ihr nicht geben.

20. VI. Nimmt heute zuerst Nahrung.

21. VI. Weiter keine Nahrung; sehr heiter, spricht viel, kein Fieber. Auf die Frage: Wer bin ich? Antwort: „Meine Hebamme.“ Achtet mehr auf die Umgebung. Wie jemand niest, sagt sie: „Prosit Herr Lehrer!“

22. VI. Ist fortwährend in grosser motorischer Unruhe, macht eigenthümliche Bewegungen, bald die Hände, bald einzelne Finger erhebend, dabei geheimnisvoll ihre Umgebung ansehend und ihr zunickend. Wenn man ihren Namen ruft, hört sie. Auf Fragen antwortet sie ohne Sinn. Zerreisst ihr Zeug fortwährend und spricht anschliessend an Worte, die in ihrer Umgebung gesprochen werden. Stetige Heiterkeit. Sie spricht jedoch so schnell, dass man nichts verstehen kann.

23. VI. Erkennt ihren Bruder, der sie besucht.

28. VI. Vorgehaltene Uhr erkennt sie und gibt Zeit ungefähr richtig an. Schlüssel? „Himmelsschlüssel.“ Portemonnaie? „Mein Geldsäckle.“ Buch? „Mein Büchle.“ Zehnpfennigstück, Goldstück richtig; ebenso Bleistift.

29. VI. Dauernd heiterer gehobener Stimmung, Ideenflucht und motorische Unruhe. Im Garten geht sie fortwährend vor sich hinredend umher. Namen ihres Mannes nennt sie richtig, gibt aber die Zeit nicht an. Schwer zu fixiren. Wie heissen ihre Kinder? „Eierschale.“ Auf die Frage, weshalb sie nicht esse, sagt sie, sie habe keinen Hunger. Woher? „Thauheim.“ Was Ihr Mann? „Schneider.“

2. VII. Dauernd heiterer Stimmung, bricht oft in lautes Gelächter aus, nur ganz selten weint sie ohne ersichtlichen Grund. Spricht fortwährend, ohne dass man Genaueres verstehen kann, offenbar alles sehr locker aneinander knüpfend und zwar meist von Haus, von Familie etc., sich oft wiederholend. Dabei macht sie oft Gesten, spricht nach der Erde hin und verschiedenen Richtungen, manchmal laut, dann wieder geheimnisvoll leise, doch hat man im Allgemeinen nicht den Eindruck, als ob sie viel hallucinire.

An das, was um sie her vorgeht, knüpft sie kaum an, spricht höchstens Worte, die in ihrer Umgebung gesprochen werden, nach. Auf Anrufen ihres Namens reagirt sie.

Wo? „Verheiratet in Rangendingen." Fängt gleich an zu erzählen.

Wie alt? „13 Jahre, andere Leute kommen mit 14 Jahren aus der Schule."

Auf Frage, was der Arzt sei, sagt sie: „David, Vetter, Spinnele." Knüpft nicht an die Frage an, sondern erzählt weiter. Auf die Frage wie ihr Mann heisse, sagt sie: David Dehner, Hugo D." Endlich spricht sie Othmar D. nach.

Auf die Frage, wie es geht, sagt sie: „Ich wollte Eisenbahn fahre, aber ich kann nicht mehr herein, ich hatte nur noch 15 Pf. Erzählt dann immer weiter von Kirche, Kindertaufe, Frommwerden, der Othmar sagt, Ihr Leut', meine Mutter. Wie hiess ihre Mutter? „Monika." Wann ist ihr Geburtstag? „Auf Kaisers Geburtstag, da braucht man nur mein Zeugnis lesen. Nachher 12. April." Wo hier? „Katholische Kirche. Beichtet ihr Leut! Nach Amerika, flatterhafte Christen."

Wie heisst Ihre Schwester? (geheimnisvoll) „Ich habe gar keine gehabt." Weshalb essen Sie nicht? (lachend) „Weil ich keinen Hunger habe. $6 \times 8 = 64$, $4 \times 3 = 12$, $7 \times 9 =$ — —."

Wer bin ich? „Der Othmar, oh ihr dummen Kinder." Uhr? „Meine Uhr." Schlüssel? „Himmelsschlüssel." Becher richtig; ebenso Bürste. Flasche mit Flüssigkeit „Weihwasser." Etwas complicirtere Fragen beantwortet sie nicht.

4. VII. Spricht Nachts sehr viel, sagt: „Guten Abend, Herr Lehrer. Wir gehen nach Constanz, Paris, kaufen uns ein schönes Haus, wie es Herr Dr. X. hat. Heute ist Constanzer Hochzeit! Ich bin in Paris, Constanz, Berlin gewesen: alles ist schön auf der ganzen Welt. Aujustin ist wüst."

4. VII. Bekommt Besuch von ihrem Manne. Bei seinem Eintreten hat sie ihn erst wenig beachtet und sehr viel gesprochen. Dann hat sie ihn erkannt und in zusammenhängender Weise von ihrer Heimat gesprochen und gesagt, auf einmal sei ihr alles klar geworden. Hat richtig Namen ihrer Eltern etc. genannt. Nennt den Arzt „Herr Doctor". Sagt zu ihm, es sei ihr alles klar. Erzählt, ihr Mann sei auf Uebung gewesen und sie sei krank geworden; wie ihr Mann zurückgekommen sei, sei sie, sie wisse nicht, ob aus Freude, plötzlich verwirrt geworden. Von dem, was dann passirt sei, wisse sie nichts recht. Weiss, dass sie in Tübingen in der Klinik ist, aber nicht wie lange. Fängt ordentlich an zu essen. Macht z. Z. einen durchaus geordneten, nur etwas gesprächigen Eindruck. Sagt, sie habe so viel Heimweh, ihr Mann solle sie doch mitnehmen. Sieht jedoch die Richtigkeit eines längeren Aufenthaltes ein.

5. VII. Wie ihr Mann fortgeht, macht sie einen vollkommen klaren Eindruck, erzählt, dass er da gewesen sei, wie ihre Kinder hiessen.

Beim Abendessen fängt sie an verwirrt zu reden, sie sei eine Fürstin, habe so viel erduldet. Scheint den Arzt nicht zu erkennen.

Gegen Morgen sehr unruhig. Morgens spricht sie sehr viel durcheinander, „Ich kann nicht beten, ich muss ein eigenes Büchlein haben." Ist aber nicht mehr heiterer, sondern eher deprimirter Stimmung. Wer war ich? Antwortet nur verwirrt auf die Frage. „Ich bin wieder die eigene Eugenie, ich muss fliegen auf das Schloss." Der Teufel habe sie angeführt. Sie wäre keine Frau Dehner; sie wäre ein Kind. Sie wüsste nicht, ob sie getauft sei. Schilt sehr über ihren Mann, er sei ein Teufel. Muss wieder mit der Sonde gefüttert werden. Nachmittags wieder sehr heiter gestimmt. Grosse motorische Unruhe. Klatscht in die Hände, spricht viel und schnell, von katholischer Kirche, meistens unverständlich.

6. VII. Erkennt einen Bekannten auf Besuch nicht. Mittags isst sie alles, was ihr gegeben wird.

8. VII. Enorme motorische Unruhe; spricht fortwährend. Macht eigenthümliche Bewegungen, oft das Zeichen des Kreuzes.

11. VII. Hat gestern Mutter und Schwester nicht erkannt. Stimmung wechselnd. Heute traurig, weint etwas.

18. VII. Hat Mann und Kinder nicht erkannt. Spricht von Fürstin Eugenie.

23. VII. Nennt den Arzt Doctor.

30. VII. Hat in letzter Zeit von selbst gut gegessen. Immer vollkommen verwirrt und oft sehr aufgeregt; springt umher unter lebhaften Gestikulationen (choreatische Bewegungen). Spricht viel, schnell und wirr durcheinander. Auf ihren Namen hört sie. Auf sonstige Fragen antwortet sie nicht sinnentsprechend.

25. VIII. Dauernd unverändert.

5. IX. Hat Besuch von ihrem Mann. Erkennt ihn zwar, spricht aber ganz verwirrt.

29. IX. Dauernd völlig verwirrt, in Ort und Zeit unorientirt. Nennt den Arzt „Vater". Wer sind Sie? „Ich war die Kaiserin von Zollern, ich war in Amerika, auf der Weltausstellung in Chicago."

Meist sehr heiterer, ausgelassen lustiger Stimmung, die plötzlich durch eine Kleinigkeit in heftigen Zorn umschlägt. Dann sehr gewaltthätig. Immer unreinlich mit Urin. Nahrungsaufnahme genügend. Schlaf oft unruhig.

3. X. „Den 10. Mai bin ich geboren, — aber ich war doch schon mal in der Schlacht — ha, ich bin schon einmal hier gewesen vor 1000 Jahren." Wer bin ich? Sind Sie vielleicht einmal Physicus gewesen? Sind Sie schon mal Doctor gewesen? Ist vielleicht die Fürstin von Hohenzollern noch ledig oder ist sie schon verheiratet, ist sie 25 Jahre alt?"

Sind Sie die Fürstin? „Ja, ich bin die Fürstin selbst."

Wie heissen Sie? „Eugenie von Edelmann." Kurz darauf: „Eugenie Dehner."

„Ist dies die Apotheke oder ein Berg von Schull? Ich bin von Thauheim." Spricht viel von ihrer Familie. Stellt fortwährend Fragen: „Waren Sie schon in Amerika? Ich war schon in Chicago." „Haben Sie eine Stiefmutter? Ich war vor 6000 Jahren schon da." In ihrer Art zu sprechen liegt etwas Geheimnisvolles, Fragendes und Zweifelndes zugleich. „Vielleicht bin ich schon einmal Kaiser gewesen." Sind Sie krank? „Nein, ich bin ganz gesund." Wo hier? „Ich weiss es nicht. Ich war schon einmal Kaiserin. Vielleicht war ich schon einmal betäubt." Geboren? „Am 10. Mai. Ich weiss kein Wort. Ottmar Dehner, Schneidermeister, weiter weiss ich nicht. Oder ist das vielleicht Christus oder ist Christus 33 Jahre alt." Welche Jahreszeit? „Ich weiss nichts." Weshalb hier? „Weiss ich nicht."

Ueber Sinnestäuschungen nichts Sicheres festzustellen.

„Sie sind der Kaiser selbst, ich war doch schon einmal in der Schlacht bei Leipzig, das blaue Husarenregiment ist doch mein Regiment" u. s. w. $7 \times 8 = 56$, $96 - 28 = - -$. Vollkommen verwirrt. Es macht nicht den Eindruck, als ob viele Hallucinationen beständen.

15. X. Noch immer sehr verwirrt, doch gibt sie oft Zeichen davon, dass sie einzelne Personen ihrer Umgebung kennt. Erkennt ihren Mann. Vom Manne mitgenommen, der es gerne mit ihr zu Hause versuchen will.

Ungeheilt entlassen.

Die Temperatur stieg in der ersten Zeit wiederholt noch auf 38·8, hält sich mit 26. Juni zwischen 36·8 und 37·4. Behandlung: Bäder, Duboisin 0·001, Trional, vorübergehende Isolirung. Das Körpergewicht stieg von 40 auf 47 Kgrm., bei einem Besuch am 3. April 1899 in der Klinik konnte Folgendes nachgetragen werden: Nach der Entlassung war sie noch ganz verwirrt, kannte ihren Mann, schalt ihn aber sehr, behauptete, sie wolle einen anderen heiraten. In den ersten 14 Tagen nannte sie sich noch Kaiserin Eugenie, Königin etc., das hörte dann auf. In der ersten Nacht liess sie unter sich, seitdem nicht mehr. Anfang December 1898 lief sie einmal fort, wollte wallfahrten nach Beuron, weil sie wieder gesund sei. Ganz allmählich wurde sie ruhiger. In der ersten Zeit war sie immer ins Wirthshaus gelaufen, hatte lange, verwirrte Gespräche geführt mit dem Bürgermeister etc. Anfangs liefen alle weg vor ihr, weil sie Angst hatten. Seit Weihnachten merkt der Mann keinen Unterschied mehr zwischen jetzt und der gesunden Zeit.

Periode ist noch nicht wieder eingetreten, seit Weihnachten etwa ist Pat. in anderen Umständen. Von den ersten Wochen ihres Aufenthaltes in der

Klinik weiss Pat. nichts, auch nicht, wer sie hergebracht hat. Dass sie gefüttert sei und so grosse Angst vor dem Schlauche gehabt habe, das wisse sie. Weshalb sie nicht gegessen habe, wisse sie nicht.

Vom 4. Juli 1898 — wo sie mit dem Manne ganz klar sprach — wisse sie alles genau, was sie mit dem Manne gesprochen habe. Aus der nächsten Zeit wisse sie nichts, auch nicht, dass ihre Mutter hier war.

Den Anfang der Erkrankung weiss Pat. ganz genau; als ihr Mann gekommen sei, da habe sie das Gefühl gehabt, als müsse sie ersticken. Seitdem habe sie nichts mehr recht gewusst, habe nur das Gefühl gehabt, als ob sie die ganze Hölle durchmachen müsste, unter ihr, glaubte sie, sei Feuer, ganze Regimenter Soldaten schossen, überall sah sie Gefahr. Oft habe sie viele Stimmen durcheinander gehört, was die aber sagten, wisse sie nicht. Sie wisse, dass sie isolirt war und gar nicht schlafen konnte. Das Ganze sei ihr wie ein Traum. Die Pflegerin, den Arzt etc. erkennt Pat. gleich wieder. Ueber ihre Grössenideen kann Pat. nichts angeben, weiss nichts davon. Habe viele Erscheinungen gehabt, Mutter Gottes, Engel, glaubte im Himmel zu sein, dann wieder Teufel und böse Geister. Genaues kann sie nicht angeben. Sie macht jetzt einen durchaus gesunden Eindruck.

Eine Erkundigung Ende 1900 ergibt, dass sie vollkommen gesund ist.

Fall 8. Pneumonie. Defervescenz; kurze zwölftägige Erregung manischen Charakters.

H. H., 31 Jahre, Stellmacher. Kein Trinker. Schon zweimal nach acuten Krankheiten Aufregungszustände. 23. August Lungenentzündung. 1. September. Kein Fieber mehr. Unruhig. Bei Aufnahme, 3. September, schreit Feuer, schreibt in die Luft. Verkehrte Antworten. Der rechte Arm sei ihm abgeschnitten, er müsse diesen bewegen, damit er frisches Blut bekomme. Spricht unausgesetzt, knüpft an das an, was er sieht und was er gefragt wird. Spricht oft in gereimten Trochäen. 14. IX. ruhig. Erinnert sich, dass er im Krankenhause war. An Krankheit keine Erinnerung.

Fall 9. Pneumonie. Im Verlauf ac. Verwirrtheit. Heilung, 4—5 Wochen.

F. Sch., 59 Jahre, Weingärtner. Aufgenommen 1. X. 1900, geheilt 30. X. 1900. Keine Heredität. 9. September Klagen über Müdigkeit, Kurzathmigkeit. 13. September Fieber 39·2. Unregelmässige Herzaction. Unruhig, sprach viel. Zuweilen Angst. Sinnestäuschungen. Bei Aufnahme Dämpfung r. h., Rasselgeräusche. Temperatur 38·2.

Bei Aufnahme sehr verwirrt, spricht abgerissen. Verkennt. Wechsel im Verhalten: ruhig, wie benommen, dann aufgeregt, wirft sich hin und her, schreit. Seit 10. October ruhiger, fieberfrei. Er habe „Träume“ gehabt. Krankheitseinsicht. Geheilt.

Fall 10. Gelenkrheumatismus. Melancholie in Reconvalescenz. Heilung.

B. B., 23 Jahre, Dienstmädchen. Keine Heredität. Vor 5 Jahren einen Anfall von Gelenkrheumatismus gut überstanden. Neuer Ausbruch mit Fieber. Insufficienz und Stenose der Mitralis. In der Reconvalescenz still, theilnahmslos, zuweilen ängstlich. Selbstmordversuch durch Trinken von Oxalsäure. Ausgesprochene melancholische Depression. Heilung nach 7 Wochen.

Fall 11. Gelenkrheumatismus. Reconvalescenz. Ac. halluc. Verwirrtheit. Stuporöser Zustand. Heilung.

W. B., 30 Jahre, Maurer. Keine Heredität. Anfall von Gelenkrheumatismus verläuft gut. Ebenso ein Recidiv. Erholt sich schwer. Grosse Mattigkeit, Kopfschmerzen, plötzlich verwirrt, phantasirte, in der inneren Klinik Biss in den Finger.

Anhaltende, ängstliche Erregung (es war, als ob alles umstürzen wollte, die Fenster hätten geschlagen; er habe nicht gewusst, wo er hin gehöre, es ging alles so eigenthümlich um ihn her). Katatonische Erscheinungen (dreht sich auf einem Fleck mehrere Male herum, setzt die Beine, als ob er tanzen wolle, dreht den Körper in komischen Wendungen und Verrenkungen nach der Seite und rückwärts, nimmt die Arme nach hinten, wie ein Gefesselter), stumm dabei, bewegt die Lippen, ist nicht zu verstehen. Gesichtsausdruck ängstlich verwirrt. Nach 10 Monaten wieder hergestellt, geheilt.

Fall 12. Gelenkrheumatismus. Ac. halluc. Verwirrtheit. Heilung.

Chr. A., 46 Jahre. Heftiges, reizbares Wesen. Acuter Gelenkrheumatismus. Kein hohes Fieber. 3 Wochen nach Beginn: unruhig, viel Sinnestäuschungen. Eine klare Stimme sprach: „Mein lieber Sohn, ich bin stets in Dir, und Du bist stets in mir, Du darfst ruhig sein, ich werde Dich durch alle Wege führen." Fürchtet, dass er vergiftet werden soll, dass seine Schwestern und der Arzt unter einer Decke stecken. Heftigste Unruhe mit Erregung, brüllt, schreit, schlägt um sich. Dann ruhig, hält Augen zu, schnüffelt, hält sich Ohren zu. Es war ihm, als ob er ein Verbrecher wäre, als ob der Boden schwankte, das Laken im Nebenbett sich bewegte. Nach 4 Wochen geheilt entlassen.

Fall 13. Gelenkrheumatismus. Nach Ablauf: Heftiges Delirium. Starke motorische Erregung. Incohärenz. Viel Sinnestäuschungen. Langsames Abklingen in eine Phase mit lebhaftem Stimmungswechsel. Besserung.

M. C., 30 Jahre alt, Buchbinderfrau. Aufgenommen 18. I. 1900, gebessert entlassen 11. III. 1900. Mutter nervös. Eine Schwester des Vaters geistesgestört gestorben. Seit 1890 verheiratet. Drei Wochenbetten gut überstanden. 1894 letzte Entbindung. Soll immer etwas „eigenthümlich" gewesen sein. Periode unregelmässig. Februar-März 1899 acuter Gelenkrheumatismus (Temp. bis 38·2). September Recidiv (Temp. 39·0). Anfangs Natr. salicyl. 2—5 Grm. pro Tag, dann 0·5 Phenacetin. Mitte November, als die Gelenkschwellungen vorüber, seit 8 Tagen kein Medicament mehr gegeben war, Ausbruch einer Erregung. Bei der Aufnahme im Bürgerspital Stuttgart 21. November 1899 total desorientirt, unruhig, delirirte viel. Stundenlang sprach sie Bibelsprüche und Gesangbuchstrophen ohne Zusammenhang. Anfangs leichtes Fieber. Herz etwas nach rechts verbreitert, leises blasendes systolisches Geräusch an der Herzspitze. Im Urin Eiweiss, Epithel- und Blutkörperchencylinder, rothe und weisse Blutkörperchen. Nahrungsverweigerung, Schlaflosigkeit. Nach 10 Tagen fing sie an spontan zu essen. Unruhe hält an.

18. Januar 1900 Aufnahme in Klinik Tübingen. Systolisches Geräusch an der Herzspitze, 2 P. T. verstärkt. Keine Gelenkschwellungen. Im Urin nichts Pathologisches. Gehobene, heitere Stimmung, spricht viel in etwas affectirtem Tone. Personalien gibt sie richtig an. Ueber Zeit orientirt. Bei Fragen lacht sie viel. Lebhafter Stimmungswechsel. Entsinnt sich, dass sie Gelenkrheumatismus mit starken Schmerzen hatte.

Nach dem Salicyl bekam sie furchtbares Ohrensausen. Einmal war es wie ein Knall im Kopf und wie ein Wasserfall in den Ohren; ein furchtbares Rauschen, Sausen und Klingen, als würde im Hause hin und her gerannt und als würden die Thüren zugeschlagen. Wenn sie aus dem Fenster sah, war es ihr, als ob sie viele schwarze Pudel sähe. Häufig kamen ihr Gedanken an Weltuntergang. Sie betete dann viel, damit Ruhe einkehre. Sie hatte das Gefühl, als ob ihre Sinne sehr geschärft wären.

Bei anderer Gelegenheit gibt sie an, es wäre eine Art Wahnsinn im Beginn gewesen, im Zimmer sei es furchtbar heiss gewesen, der Arzt kam ihr sehr verändert vor.

März. Im Ganzen viel ruhiger geworden, in ihrem Wesen viel Geziertes in Briefen und Aeusserungen recht weitschweifig. Körperlich gut erholt. Gewicht von 57 auf 59 Kilo gestiegen.

Am 11. III. 1900 gebessert entlassen.

Fall 14. Typhus. Nach Abfall des Fiebers Psychose, hallucinatorisches Delirium. Völlige Genesung.

Ch. S., 19 Jahre alt, Dienstmädchen Aufgenommen am 14. I. 1896, geheilt entlassen 24. III. 1896. Vater hat sich erhenkt, Mutter ist eine sehr aufgeregte Frau, eines ihrer Geschwister leidet an Veitstanz. Eine Tante von väterlicher Seite geisteskrank.

13. October 1895 Erkrankung an Typhus. Benommenheit des Bewusstseins. Hohes Fieber. Trockene, borkige Zunge, Roseola, Milzvergrösserung, erbsenbreiartiger Stuhlgang. Typhus verlief regulär. Nach Abfall des Fiebers Mitte November verändert: starrte vor sich hin, weint, wortkarg, macht sich Vorwürfe, sie sei schlecht gewesen. Zeitweilig unruhig, geht aus dem Bett, jammert, weint. In den Nächten schlaflos, schrie, jammerte. Seit Ende December 1895 sehr wechselnde Stimmung: oft sehr heiter, vergnügt, lacht laut, zeitweilig gewaltthätig. Bei der Aufnahme ängstlich gespannt, starrte in bestimmter Richtung, sie sehe dort etwas, klammert sich an. Sie habe Angst. Dazwischen lächelt sie mit verklärtem Gesichtsausdruck, schaut gegen die Decke, lauscht dann wieder. Plötzlich lautes Lachen. Mässiger Ernährungszustand. Schwellung der Inguinaldrüsen. Urin enthält Spuren von Eiweiss, kein Zucker. Im Sediment viel Blasenepithelien, Leukocyten, Tripelphosphat, keine Cylinder. In den nächsten Tagen hält dieser traumhaft benommene Zustand an. Sie liegt oft ganz in sich versunken, lächelt, schaut sich um, horcht gespannt.

18. I. Sehr unruhig, fortwährend aus dem Bett, lacht und weint abwechselnd.

20. I. Ruhig, in sich versunken, zurückhaltend. Menses vom 19.—23. I.

21. I. Freier. Fasst Fragen besser auf, gibt Auskunft über frühere Erkrankung.

23. I. Mehr gespannt, lacht und weint vor sich hin, reagirt wenig auf Fragen, kümmert sich nicht um Verwandte.

3. II. Freier. Liest. Gibt Auskunft: Habe viel Stimmen gehört, die geschimpft hätten, Frauenstimmen, die sich über sie unterhielten. 13.—18. II. Menses. Etwas gereizt, lacht oft ohne jeden Grund.

März: Beschäftigt sich fleissig, ist sehr willig. Gleichmässige, ruhige Stimmung. Sie habe sich wirr im Kopfe gefühlt, gar nicht gewusst, wo sie sei und was man mit ihr vorhabe. Stimmen seien sehr zahlreich gewesen. Körperlich sehr erholt. Körpergewicht von 50 auf 56 Kilo gestiegen. 1896 am 24. III. geheilt entlassen. 1896 October ganz gesund. 1898 März und 1899 April ergaben die Erkundigungen, dass sie vollkommen gesund wäre, im Dienst stände.

Fall 15. Vorgeschrittene Phthisis pulmonum. Kurze hallucinatorische Erregung in Stunden vorüber.

B. G., 39 Jahre alt, Kochmamsell. Aufgenommen 3. VI. 1888, entlassen 16. VI. 1888. Vorgeschrittene Phthisis pulmonum. Erkrankt am 2. VI. plötzlich mit Erregung. Temperatur am 3. VI. 38·6.

Bei ihrer Aufnahme gibt sie ihre Personalien richtig an, verkennt dann plötzlich, ihre Züge werden gespannt, horcht, faltet die Hände, schaut zum Himmel. Sieht nach hinten zurück, heftiges Zittern am ganzen Körper, sehr gespannt, steif. Plötzlich ruft sie: „In Gottes Namen", springt auf. „Ich bin im Augenblick für Gott eingesetzt", ruft: „Segen, Segen." Sie sei von Gott abgeschickt, die Welt glücklich zu machen. Am nächsten Tage ganz ruhig. Bleibt in der Folgezeit klar und ruhig. Es sei ihr gewesen, als ob sie viele Stimmen hörte.

Nach eingezogenen Erkundigungen ist sie kurz darauf an Phthise gestorben. Psychische Störungen sollen nicht wieder aufgetreten sein.

Fall 16. Vorgeschrittene Phthisis pulmonum. Empyem. Manie. Gestorben.

K. B., 24 Jahre. Aufgenommen 9. III. 1899, gestorben 1. XI. 1899. Mutter gestorben an Phthise. 1898 Rippenfellentzündung. 1899 wegen Empyems in chir. Klinik. Jodoformtamponade.

8. III. Heitere Erregung. Stimmungswechsel. Erregung steigt. Grosse motorische Unruhe. Stimmungswechsel. Ideenflucht. Vereinzelte Sinnestäuschungen. Mit Fortschreiten der Phthise ruhiger. Seit Mitte Juli ganz klar und bleibt es bis zum Ende. In letzter Zeit etwas euphorisch und gereizt. Hektisches Fieber zwischen 37·2 und 39·9.

Section: Phthisis pulmonum. Empyemfistel. Fettleber. Gehirnödem. Hydroperikard. Darmgeschwüre. Decubitus. Macies.

Fall 17. Phthisis pulmonum. Ac. Verwirrtheit. Gestorben.

S. H., 35 Jahre, Witwe. Keine Heredität. Vergnügte Stimmung. Ideenflüchtig. Zornesmüthig. Vorgeschrittene Phthise. Tuberkelbacillen im Sputum. Temperatur zuletzt 38·5 und 35·2. Stimmung sehr wechselnd. Spricht oft von Gift. Macht eigenthümliche Bewegungen mit den Händen. Plötzlich heftige Erregung, schilt, wirft Gegenstände ins Zimmer. „In zwei Stunden muss ich hebräisch lernen." Dazwischen leicht benommen.

Aufnahme 16. Juni 1898, gestorben 8. August 1898.

Section: Phthisis pulmonum, Nephrit. parenchymatosa chron.

Fall 18. Phthisis pulmonum. Manie. Gestorben.

R. B., 18 Jahre. Erste Aufnahme 14. II. 1899, gebessert entlassen 3. IV. 1899; zweite Aufnahme 8. IV. 1899, ungeheilt entlassen 1. V. 1899. Vater gestorben an Phthise. Seit zwei Jahren Phthise, welche schnell fortschreitet. 3. II. 1899 plötzlich erregt, heiter, machte Albernheiten, sprach viel, schlaflos, wollte Clavierspielen, Radfahren.

Bei Aufnahme maniakalische Exaltation, spricht viel, sehr gehobene Stimmung, meist vergnügt, motorische Unruhe. Stimmungswechsel, leicht gereizt, zornig. R. Dämpfung, Rasselgeräusche. Sputum Tuberkelbacillen. Gegen Rath entlassen. Zu Hause sehr erregt, sang.

Bei der zweiten Aufnahme noch maniakalisch. Am 1. Mai 1899 nach Rottenmünster überführt. Heiteres, zuweilen gereiztes Verhalten. Am 25. Juli 1899 gebessert entlassen. Weitere Beruhigung zu Hause. August 1899 psychisch gesund. 1900 gestorben an Phthise.

Fall 19. Phthisis pulmonum. Halluc. Del. Gestorben.

M. G., 18 Jahre, Dienstmädchen. Aufgenommen 7. X. 1890, gestorben 27. X. 1890. Vorgeschrittene Phthise. Im Krankenhaus erregt. Selbstmordversuch.

Bei Aufnahme orientirt. Gedrückt, weint. Hallucinirt lebhaft, Stimmen, verwechselt Personen. Hört durchs Telephon sprechen. Unruhig, aus dem Bett.

Section: Ulceröse Phthise. Sutura frontalis persistens. Empyema sinistrum.

Fall 20. Kind. Masern. Erregungszustand. Geheilt.

R. L., 7 Jahre. Aufnahme 4. VI. 1902, ungeheilt entlassen 22. VI. 1902. Vater Potator, sonst keine Heredität. Ein Jahr alt Lungenentzündung. April 1902 Masern,

Lungenentzündung. Hohes Fieber, eine Nacht sehr unruhig: wälzte den Kopf hin und her, setzte sich auf, staunte Mutter an. Nach zwei Tagen wieder ruhig. Dann Mandelentzündung und Mundfäule. Nach den Masern soll sie im Gegensatz zu früher sehr launisch und eigensinnig geworden sein.

26. V. 1902. Aufnahme ins städtische Krankenhaus. Dort sehr unruhig, klettert in andere Betten, auf die Fensterbank, schwer im Bett zu halten. Nach 0·5 Brom und einem warmen Bad ruhiger.

27. V. Ruhiger. Beim Spielen mit anderen Kindern sehr gereizt, kratzte, schlug um sich. Abends sehr unruhig, steigt aus dem Bett, will in den Garten. Lässt sehr oft Urin, besonders wenn sie aufgeregt ist.

4. VI. 1902 in die psychiatrische Klinik verlegt. Körperlich nichts Besonderes. Kenntnisse für ihr Alter entsprechend. Sehr lebhafter Stimmungswechsel. Wenn ein Wunsch nicht gleich erfüllt wird, wird sie sehr böse, schlägt, steckt Sachen ein.

7. VI. Noch sehr lebhaft, will immer fort; als ihr der Wunsch, in den Garten zu gehen, nicht gewährt wird, äussert sie, man solle ihr den Kopf abschneiden und in den Garten werfen.

10. VI. Entwendet Geld aus dem Zimmer einer Pflegerin. Nachts schläft sie sehr unruhig, geht zuweilen aus dem Bett.

12. VI. Etwas ruhiger, auch am Tage.

13. VI. Ist anzuleiten und zu beschäftigen mit Schreiben, Stricken.

22. VI. Entlassen.

Fall 21. Gonorrhoe. Endometritis. Acuter Stupor. Geheilt.

S., Frau, 37 Jahre alt. Aufgenommen 2. IX. 1902, geheilt entlassen 8. X. 1902. Keine Heredität, seit 1890 verheiratet, 2 Kinder leben, gesund, gestillt. Menstruation bis vor einem Jahre regelmässig, setzte dann längere Zeit aus, kehrte erst im August wieder. Sie besorgte ihren Haushalt bis in die letzte Zeit, bot keine Anzeichen einer geistigen Störung.

Am 1. IX. blieb sie zu Bett liegen bis Nachmittags, ging dann in den Garten, äusserte, sie hätte es nicht gethan, es sei nicht wahr. In der Nacht unruhig, rief Mann und Kinder immer. Am 2. IX. Morgens äusserte sie fortwährend: „Es ist nicht wahr, ich habe es nicht gethan.“ Seit einem Jahr starker, weisser Ausfluss, Abmagerung.

Bei Aufnahme sehr gehemmt, steif am Körper, antwortet nicht, zeigt leichtes Widerstreben. Nach wiederholtem Fragen antwortet sie auf einige Fragen leise.

Körperlich: Blass, mager. Organe frei. Reflexe lebhaft. In der Harnröhre, im Vestibulum und in Vagina sehr reichliches, eiteriges Secret von grünlich-gelber Farbe. Uterus mittelgross. Mikroskopisch Gonokokken. Ausspülungen mit Lysol- und Chlorzinklösung.

4. IX. Ganz unorientirt, verkennt Arzt, geht aus dem Bett.

5. IX. Ganz stuporös, wehrt nicht die Fliegen am Auge ab, lässt Arme schlaff fallen. Keine sprachliche Reaction.

6. IX. Stupor hält an. Sondenfütterung.

7. IX. Beim Besuch des Mannes plötzlich gesprächig, nimmt Nahrung.

8. IX. Isst allein, klar, ruhig, aber gedrückt, weint oft.

1. X. Besserung fortgeschritten. Gleichmässiges, ruhiges Verhalten.

2. X. Will keine Erinnerung an die Vorgänge in der ersten Zeit hier haben. Erst vom Besuche ihres Mannes an habe sie gemerkt, wo sie war. Ausfluss wesentlich gebessert. Körpergewicht von 40½ auf 43½ Kgrm. gestiegen.

Fall 22. Gonorrhoe. Stupor. Delirien. Gestorben.

M., 20 Jahre alt, Buchhalterin. Aufgenommen 2. I. 1902, gestorben 20. I. 1902. Keine Heredität. Menstruation mit 14 Jahren ohne Störung. In letzter Zeit Aerger, Aufregung. December 1901 Stirnkopfschmerz. 20./21. XII. wiederholtes Erbrechen.

21. XII. verwirrt, delirirte. 22.—27. XII.: stuporös, reagirte zuerst nicht auf Antworten, dann durch Kopfnicken und Schütteln. Flüssige Nahrung geschluckt. Sprache kehrte langsam zurück. 1. I. 1902: unruhig, schrie, redete wirr. Temperaturerhöhung bis 38·0 schon in den letzten Wochen. Bei der Aufnahme am 2. I. 1902 ruhig. Temperatur 37·7. Schmerzen im rechten Knie. Leicht benommen.

5. I. Unruhig, schreit, lächelt dazwischen. Temp. 38·9.

6. I. Ruhig. Rechtes Bein sehr schmerzhaft. Temp. 38·2 und 39·3.

7. I. Benommen. Verwechselt Namen. Temp. 37·6 und 38·9.

8. I. Diazoreaction negativ.

9. I. Widalreaction negativ. Temp. 39·0.

10. I. Schläft viel. 39·0.

11. I. Temp. 37·0, 39·0. Dämpfung der rechten Seite. Pleuritischer Erguss.

12. I. Laut gesprochen.

15. I. Benommenheit geringer. Erinnerung an die letzte Zeit erhalten, weiss nichts von Aufnahme.

20. I. Ruhiger, klar. Collaps. Tod.

Section: Embolie der Pulmonalarterie. Thrombus im rechten Herzen. Abscess des rechten Oberlappens. Eiteriger Inhalt der Vagina. Eiterpfropf im Cervix. Die Untersuchung der Hirnrinde (Dr. *Meyer*) ergibt an den Zellen: Ziemlich zahlreiche zeigen centralen Zerfall, zum Theil sind sie etwas abgerundet mit randständigem Kern, andere bieten normales Aussehen. Keine Blutungen (in den Centralwindungen), keine Veränderungen an den Gefässen. Keine wesentliche Gliawucherung (Dr. *Raecke*).

Abgesehen von den manischen und melancholischen Zuständen, verlaufen die meisten Psychosen in diesem Stadium unter dem Bilde des acuten hallucinatorischen Irrseins (Amentia) und des Defervescenz- oder Collapsdeliriums. Bezüglich der ersteren verweise ich auf die in diesen Vorträgen gegebene Schilderung von *Hoche* (s. S. 197).

Eine Trennung des acuten hallucinatorischen Irrseins von den Collapsdelirien ist nicht durchführbar, es sei denn, dass man alle kürzer verlaufenden Psychosen als Collapsdelirien, die von längerer Dauer als acutes hallucinatorisches Irrsein benennen will; eine Unterscheidung, die kaum Berechtigung haben dürfte.

Im Anschluss an kritischen Temperaturabfall, aber auch in der Reconvaleszenz sehen wir häufig das Collapsdelirium ganz acut entstehen. Hauptsymptome sind die traumhafte Verwirrtheit, zahlreiche, unzusammenhängende Hallucinationen und Illusionen, einzelne Wahnideen, lebhafter Bewegungsdrang. Die Verwirrtheit — in vielen Fällen geben später die Kranken selbst an, dass sie das Gefühl gehabt hätten, es sei alles „verwirrt", man habe sie „verwirrt" gemacht — wird hervorgerufen durch formelle und inhaltliche Störung im Auffassungsvermögen und im Bereiche der Vorstellungen, die wieder ihrerseits bedingt ist durch primäre Incohärenz *(Ziehen)* der Vorstellungen, zum Theil sicher mitbewirkt durch Massenhaftigkeit der Hallucinationen und Illusionen.

In manchen Fällen sind die Auffassungsbehinderung, die Incohärenz und die Sinnestäuschungen als gleichwerthige Symptome primär entstanden infolge der zu Grunde liegenden Hirnschädigung anzusehen.

Oft sind die Kranken im Beginn sehr ängstlich, äussern Selbstanklagen, Versündigungsideen (es ist, als ob er Verbrecher war), die Angstzustände gehen mit grosser Erregung einher oder es treten frühzeitig stuporöse Zustände auf. Stupor und Erregung wechseln oft in schneller Folge ab.

Zahlreiche Hallucinationen und Illusionen mit entsprechenden Wahnvorstellungen der Verfolgung, der Grösse kommen: sie sehen Todte, Engel, glauben Gift zu erhalten, blasen Haare fort, die ihnen zufliegen, glauben sich in der Hölle, im Feuer, im Schloß, sprechen mit Kaiser, hören Regimenter schiessen, sehen Thiere, Hund, Pudel, Hasen, hören Wasser rauschen, spüren ein Sausen, Klingeln. In ihren Vorstellungen kehren Gedanken an Gefahren, an Weltuntergang oft wieder. Ungemein stark sind die Störungen des Gemeinfühls: sie haben das Gefühl des Schwindels, des Schwankens, des Drehens (als ob alles „verkehrt" sei, der Boden schwankte, das Laken, das Bett drehten sich).

Es ist hervorzuheben, wie sehr oft dieses dunkle Gefühl, es müsse eine Veränderung sein, alles sei verkehrt, zugleich mit dem Bewusstsein der Krankheit (nicht recht im Kopf, „wirr im Kopf gefühlt", es gehe durcheinander, die Gedanken verwirren sich, „es hat mich gedrückt") gerade bei diesen Verwirrtheitszuständen zu beobachten ist.

Die Sprachweise ist sehr wechselnd: Flüstern, Singen, Schreien folgen sich oft schnell, von Lachen und Weinen abgelöst. Sehr lebhaftes Geberdenspiel mit Schnüffeln, Fauchen, Blasen begleitet ihr Sprechen. Zuweilen alliteriren sie, sprechen in Reimen, Versen.

Sie haben Neigung zu Klangassociationen, monotonen oder einzelnen, sinnlosen Wortzusammenstellungen. Häufig tritt Ideenflucht passager oder länger anhaltend auf.

Die Stimmung wechselt sehr jäh, in einem Augenblick sind sie heiter, vergnügt, erotisch; im nächsten zornig, gereizt, dann wieder traurig, ängstlich.

Neben dem Bewegungsdrang treten noch eine Reihe von motorischen Störungen auf: Zucken, Zusammenfahren des ganzen Körpers, Zittern, rhythmisch sich wiederholende Bewegungen mit dem Körper oder mit den Armen, eigenthümliche Verdrehungen und Verrenkungen, dämonomanische Stellungen und Haltungen, wie sie im Verlaufe anderweitiger Psychosen beobachtet werden. Heftige, unwillkürliche Bewegungen erinnern zuweilen am Chorea.

Katatonische Erscheinungen kommen in allen Abstufungen vor: Stupor verschiedenen Grades, Mutismus, Negativismus, Stereotypie der Haltungen und Bewegungen, Flexibilitas cerea, Echolalie, Echopraxie.

Nicht selten kommt es schon früh zu vorübergehenden Aufhellungen des Bewusstseins, es scheint zuweilen, als ob äussere Eindrücke (Besuch der Angehörigen, Versetzung in andere Umgebung) dabei eine Rolle spielen. Anhaltender, leiten diese später meist die Reconvalescenz ein.

Die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen wird noch verstärkt durch das Auftreten von schweren, nervösen Begleiterscheinungen anderer Art. Hysterische, epileptische Krampfanfälle, ausgelöst durch die Infectionskrankheit, compliciren die Symptome, ganz abgesehen von den somatischen Anzeichen der einzelnen zu Grunde liegenden Erkrankungen. Zuweilen brechen sehr alarmierende Zustände aus, welche den Verdacht auf Meningitis (*Curschmann, Bernhardt* u. a.), Sinusthrombose nahe legen.

Bei Scharlach ist die Entwicklung der Psychose direct im Anschluss an urämische Krampfanfälle beobachtet *(Henoch)*.

Die Zitterbewegungen, Unsicherheit, Ataxie der Bewegungen im Verein mit einer deutlichen Articulationsstörung, welche der paralytischen

ähnelt, können Veranlassung geben zu Verwechslungen mit deliriösen Phasen im Verlauf der progressiven Paralyse, so dass manche Autoren bei den Infectionspsychosen mit derartigen schweren, nervösen Erscheinungen von Pseudoparalyse, Pseudotabes gesprochen haben. Es erinnern diese Störungen entschieden an die von *C. Westphal* in der Reconvalescenz der Pocken beschriebenen Erscheinungen: Störungen der Sprache, der Motilität, Ataxie, Tremor, Verlangsamung der Bewegungen.

Bekannt ist, dass bei Ergotinismus, Pellagra, Lepra schwere, spinale Erkrankungen mit nachweisbaren Veränderungen im Rückenmarke auftreten. Ich erinnere nur an die schönen Untersuchungen von *Tuczek* über die Pellagra und Ergotinismus, der bei dem letzteren Hinterstrangsdegeneration nachgewiesen hat und bei der Pellagra combinirte Hinter-Seitenstrangserkrankung.

Die Variationen, welche durch die Verschiedenartigkeit und den Wechsel der Symptome bedingt werden, sind ungemein grosse und lassen es verständlich erscheinen, dass immer neue Benennungen für die einzelnen Verlaufsarten gewählt werden.

In manchen Krankheitsfällen kommt es gleich andauernd zur allgemeinen Hemmung beim Fehlen von Reizerscheinungen, das sind Bilder, wie sie der sogenannten Stupidität, acuten Demenz, Anoia *(Jolly)* zuzurechnen sind.

Wo die Erscheinungen der chronischen Erschöpfung überwiegen, spricht man auch von Inanitionsdelirien. Eine Trennung dieser von Collaps- und Infectionsdelirien ist nicht möglich.

Bei einzelnen können wir analog dem Verlauf in dem acuten hallucinatorischen Irrsein ein Abklingen der Psychose in Phasen constatiren (cfr. Fall 12 und 14).

Raecke, welcher sich mit dieser Frage eingehend beschäftigt hat, weist darauf hin, wie im Prodromalstadium allgemeine nervöse Beschwerden und Reizbarkeit vorherrschen. Der Ausbruch erfolgt mit schwerer Bewusstseinstrübung, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, motorischer Erregung, wechselndem Affect, ängstlicher Rathlosigkeit, primärer Incohärenz und Perseveration unterbrochen durch Remissionen.

Im dritten Stadium kommt es zur Aufhellung wechselnd mit Verwirrtheit, Unruhe. Merkfähigkeit noch gering.

Im vierten Stadium Reizbarkeit, misstrauisch, oft Beziehungswahn.

Im fünften Stadium Reconvalescenz: Orientirung kehrt wieder. Krankheitseinsicht. Amnesie ist stark.

Einige der mitgetheilten Beispiele illustriren sehr gut das Verhalten der Erinnerung und geben uns eine Erklärung für die Eigenarten im Verhalten der Kranken während ihrer Erregung (cfr. Fall 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13).

Die Erinnerung ist oft nur eine ganz summarische, es verschwinden einzelne wichtige Vorgänge, so die Aenderung des Aufenthaltsortes, das Fortbringen von Hause, die Einwirkung der neuen Umgebung, ganz aus dem Gedächtnis. Zuweilen bleibt das Gefühl, eine schwere Kopfkrankheit überstanden zu haben. So spricht die eine Patientin (Fall 4) von dem Gefühl schwerer Träume, von vielen Phantasien, grosser Angst. Die Patientin im Fall 5 berichtet uns von der Verkennung, respective phantastischen Umdeutung, respective Auslegung der Umgebung: alles sei

schneeweiss gewesen, sie habe geglaubt, im Himmel, bei Todten zu sein. Einzelne Sinntäuschungen sind haften geblieben: Bellen von Hunden, herumspringende Hasen. Für manche Handlungsweise gibt sie eine plausibel erscheinende Erklärung. Die blasenden Bewegungen machte sie, weil das ganze Bett voll Haaren gewesen sei. Für die meisten Vorkommnisse fehlt die Erinnerung. Im 6. Falle ist die Erinnerung angeblich ganz erloschen; im 7. ist bis auf den Anfang der Erkrankung die Erinnerung nur eine sehr summarische: lebhaftes Erstickungsgefühl, als ob sie in der Hölle sei, Feuer, Schiessen von Regimentern, grosse Gefahr, viele Stimmen durcheinander, das Ganze wie ein Traum, viele Erscheinungen. Aehnlich sind die Berichte in den übrigen Fällen, die über ihre Erkrankung Auskunft geben konnten. Bei einzelnen hat man den Eindruck, dass die Amnesie sich auch noch auf Vorgänge in der gesunden Zeit erstreckt, eine retrograde Amnesie besteht.

Eine bedrohliche Steigerung der Bewusstseinstrübung, der Verwirrtheit, der motorischen Erregung mit Fieber, schweren Ernährungsstörungen, wird gemeiniglich als **Delirium acutum** benannt. Ich fasse diese Bezeichnung in Uebereinstimmung mit den meisten Autoren als einen klinischen Symptomencomplex auf, der unter verschiedensten Bedingungen gelegentlich einmal bei jeder Psychose sich bilden kann, besonders oft bei den uns hier beschäftigenden Störungen. Agitation, Verwirrtheit, Incohärenz erreichen hier ihre höchsten Grade.

In manchen Fällen sehen wir die Intensität der psychischen Erscheinungen wechseln entsprechend dem Inhalt des Urins an Eiweiss.

Es ist noch eine offene Frage, ob wir zum Zustandekommen dieser schweren Affection immer eine Infection oder Intoxication annehmen müssen.

Zuweilen ist wohl eine Autointoxication die Ursache: Stoffwechselveränderungen und durch diese entwickelte Toxine.

Ich sah Delirium acutum entstehen im Gefolge einer psychischen Störung bei Hydronephrose, bei Carcinom, bei Anämie nach Blutverlusten, bei Magen-Darmerkrankungen und verschiedentlich, gewissermaassen als Steigerung der Symptome bei Manie, Melancholie, acutem hallucinatorischen Irrsein, bei Wochenbettpsychosen, progressiver Paralyse, bei Hirnerkrankungen.

Als besondere Verlaufsweise ist die von *Korsakow* beschriebene polyneuritische Geistesstörung zu erwähnen, die nach *Jolly's* Vorgang besser als **Korsakow'scher Symptomencomplex** zu bezeichnen ist. Im Vordergrund der Symptome steht eine eigenartige Gedächtnisstörung: alle neuen Eindrücke werden schnell vergessen, das Gedächtnismaterial aus früherer Zeit bleibt zum Theil zur Verfügung, oder der Kranke ersetzt es durch Bilder, welche er in seiner Phantasie, durch Hallucinationen, Illusionen, Träume unterstützt, erzeugt.

Es resultirt daraus eine weitgehende örtliche und zeitliche Orientirungsstörung. Erinnerungstäuschungen und Erinnerungsfälschungen spielen eine grosse Rolle. Die Kranken fabuliren aufs lebhafteste, erzählen Geschichten, Erlebnisse ganz in der Weise, wie dieses bei Deliranten zu Tage tritt. Oft bildet die protrahirte Form des Deliriums den Uebergang. Stimmung ist meist ruhig, zufrieden, hat einen euphorischen Hintergrund.

Von verschiedenen Autoren, namentlich von *Gudden, Jolly, Mönkemöller* und neuerdings von *E. Meyer*, ist darauf hingewiesen, das neuritische

Erscheinungen keineswegs zum Krankheitsbilde gehören, dass dieser Symptomcomplex als Begleiterscheinungen oder Vorläuferstadium einer Paranoia, der progressiven Paralyse, bei Hirnerkrankungen (Meningitis, Tumoren, Poliencephalitis acuta haemorrhagica sup.) nach traumatischen Verletzungen des Gehirns, bei Dementia senilis sich findet.

Allerdings ist hervorzuheben, dass unter den veranlassenden Ursachen der Alkoholismus wohl die allergrösste Rolle spielt.

Betrachten wir noch einige Besonderheiten, soweit sie nicht schon erwähnt sind, welche bei den Psychosen einzelner Infectionskrankheiten zum Ausdruck kommen.

Acute Infectionskrankheiten, welche in den ersten Lebensjahren auftreten, namentlich Scharlach, Variola, seltener Masern, setzen zuweilen eine dauernde Entwicklungshemmung: eine bleibende, geistige Schwäche bis zur Idiotie. Es verbindet sich diese oft mit Hysterie und Epilepsie, die dann gleichfalls ihre Entstehung der Infectionskrankheit verdanken.

Am häufigsten sehen wir bei Kindern im Anschluss an die acuten Exantheme, nach Erysipel, Diphtherie, Parotitis epidemica, Influenza, Pertussis im Reconvalescenzstadium Collapsdelirien auftreten, oft in Tagen ablaufende, zuweilen länger dauernde komatös-stuporöse Zustände mit Verwirrtheit wechselnd (nach Parotitis epidemica, Scharlach) oder schwere Erschöpfungspsychosen in Form der acuten Demenz, schlafähnliche Dämmerzustände (nach Diphtherie, Influenza). Am seltensten sind bei Kindern rein manische und melancholische Zustände. Das wird auch von den Autoren hervorgehoben, welche Gelegenheit haben, sich mit den Psychosen bei Malaria zu befassen. Auch hier sind bei Kindern ausschliesslich komatös-stuporöse Zustände vorhanden. Bei Erwachsenen sollen bei den Fieberanfällen die Melancholia agitata und hallucinatorische Erregungszustände überwiegen, während Manie zu den grössten Seltenheiten gehört.

Bei der Malariakachexie treten die einfache Melancholie, stuporöse Zustände, Dementia acuta in Erscheinung.

Charakterveränderungen andauernder Art mit Nachlass der geistigen Kräfte, stumpfem, melancholischem Wesen werden am meisten beobachtet bei Lepra, Ergotinismus, Pellagra. Melancholische Stuporzustände, acute Demenz sind dabei häufig, seltener manische und hallucinatorische Erregungszustände. Epileptische Anfälle begleiten die Kriebelkrankheit nicht selten. Bei der Pellagra kommt es oft zur Demenz mit combinirter Hinter-Seitenstrangserkrankung, einem der Paralyse sehr ähnlichen Symptomcomplex.

In einem Falle von Lepra tuberosa und Anästhesie der Beine, bei dem ein hallucinatorischer Wahnsinn sich entwickelte, traten die Hallucinationen im Gebiete der Hautempfindung auf.

Beachtenswerth sind die ganz kurzen, episodisch auftretenden, in Stunden abklingenden Erregungszustände bei vorgeschrittener Phthise unter dem Bilde einer acuten hallucinatorischen Paranoia mit Stupor, wie Fall 15 zeigt.

Bei der Phthise überwiegen, abgesehen von den Inanitionsdelirien, die heiteren Erregungszustände unter dem Bilde der Manie (Fall 16, 17, 18). Von einer Folie tuberculeuse wird man gerade so wenig sprechen können, als von einer Folie typheuse. Zuweilen beobachtet man, wie mit dem Fortschreiten der Phthise ein Nachlassen der Psychose, respective ein völliges

Verschwinden eintritt und wie dann auch in den höchsten Graden der Inanition keine psychischen Störungen mehr auftreten.

Dieses Vorkommnis erinnert an die Erfahrung, welche vereinzelt beobachtet ist, dass eine Psychose im Verlauf eines Typhus, einer Influenza, eines Erysipels wesentliche Besserung, sogar Heilung aufweist. Man hat sogar geglaubt, daran therapeutische Hoffnungen knüpfen zu können und vorgeschlagen, künstliche Infection z. B. mit Erysipelkokken hervorzurufen.

Fall 21 und 22 mögen als Beispiel von Psychosen im Gefolge von Gonorrhoe angeführt sein.

Im Fall 22 führte die Erkrankung unter stuporösen Zuständen, Delirien mit meningitischen Erscheinungen im Beginn zum Tode durch eine Embolie. In Fall 22 trat die Besserung ein mit Nachlassen der Gonorrhoe.

Der absolut sichere ursächliche Zusammenhang der Psychose mit der Gonorrhoe in solchen Fällen wird schwer zu erweisen sein.

Mit grosser Skepsis bringe ich die Angabe, dass nach Intermittens, Erysipel, Rheumatismus, Typhus progressive Paralyse entstehen soll. Es wird sich in derartigen Fällen wohl nur um ein Manifestwerden der bis dahin unbeachtet gebliebenen Psychose gehandelt haben.

Prognose.

Was zunächst die Dauer anlangt, so sind in den meisten Fällen, wie erwähnt, die Fieber- und Infectionsdelirien von kürzerer Dauer, vorausgesetzt, daß sie nicht Anfangsstadien anderweitiger psychischer Erkrankungen sind, oder in chronische infectiöse Schwächezustände übergehen.

Sonst laufen sie in Stunden bis Tagen ab, verschwinden mit Aufhören des Fiebers.

Länger dauernd sind im Großen und Ganzen die Collapsdelirien, schon weil an diese sich häufiger anderweitige Psychosen anschliessen.

Gewiss gibt es auch hier Fälle, wo das Delirium in Stunden und Tagen, z. B. nach Masern, Scharlach abklingt, aber in der Regel nehmen sie einen protrahirten, auf Wochen und Monate sich erstreckenden Verlauf.

Vereinzelt kann die Psychose die ursprünglich fieberhafte Erkrankung um viele Monate bis Jahre überdauern.

Besonders hartnäckig sind die Störungen im Nachstadium der Pneumonie. *Snell* berichtet von einem Falle, welcher nach neunjähriger Dauer noch zur Genesung gekommen ist. Sehr hartnäckig ist in der Regel der *Korsakow*'sche Symptomencomplex.

Verhältnismässig schnell endet das Delirium acutum, in der Regel in Tagen bis drei Wochen.

In unseren mitgetheilten Fällen braucht ein Initialdelirium bei Gelenkrheumatismus 14 Tage bis zur Heilung (Fall 3), zwei andere (Fall 1 und 3) nach Typhus und Gelenkrheumatismus enden letal nach 10, respective 13 Tagen.

Beim Collapsdelirium sehen wir eine Dauer von 12 Tagen bis 10 Monaten.

Interessant ist, dass auch hier in einem Falle die Erkrankung bei Pneumonie (Fall 7) einen sehr langen Zeitraum — 7 Monate — bis zur

Genesung beanspruchte, zweimal (Fall 8 und 9) läuft die Erregung in 12 Tagen und 4 Wochen ab. Auch beim Gelenkrheumatismus (Fall 11) verzeichnen wir 10 Monate bis zur Genesung. Im Durchschnitt sehen wir die günstig ausgehenden Fälle in 3—4 Monaten verlaufen.

Die Vorhersage der Fälle ist sonst abhängig von der Art und Schwere der erzeugenden somatischen Grunderkrankung, von der Form der psychischen Störung und der Gesammtverfassung des Befallenen.

Auf den Grad der Bewusstseinstrübung ist der allergrösste Werth zu legen. Geht diese so weit, dass der Kranke dauernd nicht mehr zu fixiren ist, so ist die Prognose ungünstig.

Handelt es sich um reine Fieberdelirien, so schwinden diese mit Aufhören des Fiebers.

Am günstigsten sind entschieden diejenigen Fälle, wo die Fieber-, resp. Infectionsdelirien keinen hohen Grad erreichen, sich mit Aufhören des Fiebers, in kürzester Zeit, ohne sonstige psychische Störungen zu hinterlassen, zurückbilden.

Es kann vorkommen, dass eine vereinzelte Sinnestäuschung bestehen bleibt, resp. sich zu einer Wahnidee bildet und erst langsam sich ausgleicht (conception délirante isolée).

Man muss darauf gefasst sein, dass ein einmal ausgebrochenes Fieber- oder Infectionsdelirium schnell einen hohen Grad erreichen kann, wo es zur Ausführung von Selbstbeschädigungen, planlosen Handlungen, Tobsuchtsanfällen mit bedrohlichem Charakter kommt (cfr. Fall 2).

Zweimal im Initialdelirium im Beginn eines Typhus habe ich ernste Selbstmordversuche beobachtet. Hüten sollte man sich, aus einem einzelnen Symptom im Beginn eines Deliriums, z. B. dem Flockenlesen, welches in der Regel erst im Endstadium in Erscheinung tritt und hier prognostisch ungünstig anzusehen ist, eine ungünstige Prognose zu stellen. Mehrmals habe ich mussitirende Delirien mit Flockenlesen gleich im Beginn gesehen, bei vollkommen gutem Ausgang.

Sehr ernst ist die Prognose der schweren Initialdelirien bei Typhus, acutem Gelenkrheumatismus (Cerebrorheumatismus, Typhomanie), wo der Tod in wenigen Stunden unter heftigen Erscheinungen mit hoher Temperatursteigung (41—44° C.) erfolgen kann.

In der Hälfte der Fälle muss man mit diesem ernsten Ausgang rechnen. Am trübsten gestaltet sich die Prognose beim Delirium acutum, hier liegt fast immer die Befürchtung des letalen Ausgangs vor.

Auch der *Korsakow*'sche Symptomencomplex bei diesen Psychosen ist prognostisch ungünstig anzusehen.

Günstiger liegen die Verhältnisse bei den Fieberdelirien der übrigen acuten Infectionskrankheiten, entschieden am günstigsten bei den in der Reconvalescenz auftretenden Collapsdelirien und den anderweitigen Psychosen dieses Stadiums. Hier sind die Delirien im Typhus und Rheumatismus bei Complicationen des Herzens und der Lunge besonders ernst.

Immer ist bei der Vorhersage zu bedenken, dass es sich in den meisten Fällen um schwere Infectionen des Gesammtorganismus handelt, die durch Erkrankungen des Herzens (Endokarditis u. s. w.), durch plötzlichen Collaps, Phlegmone, Sepsis, Fettembolie das Leben sehr ernst gefährden können.

Ein nicht kleiner Theil der Fälle endet durch Selbstmord beim Mangel einer genügenden Beaufsichtigung.

Zuweilen müssen wir auf einen remittirenden Verlauf gefasst sein, der sich Monate und Jahre bis zu günstigem Ausgange hinzieht. Schwere meningitische Erscheinungen, namentlich bei Kindern, sind nicht absolut ungünstig anzusehen.

Auch choreatische Störungen, welche im Verlauf des Rheumatismus und gelegentlich einmal bei anderen Infectionskrankheiten beobachtet werden, trüben die Prognose nicht.

Die erwähnten Störungen der Motilität, der Sprache, welche das Bild der Paralyse vortäuschen, sind nicht ungünstig (Fall 4).

Forensisch beanspruchen die Psychosen infolge von Infectionskrankheiten insofern Interesse, als plötzliche Selbstmordversuche, Selbstverstümmelungen nicht selten sind, häufig kommt es zu Gewaltthaten, Mord. Es sind mehrfach in der Literatur derartige Fälle mitgetheilt, so in Delirien bei Malaria (Intermittens, *Meyer*), bei Pellagra (*Hajnal* berichtet über eine Frau, die im Anfall von „transitorischer Manie" ihr Kind zu ertränken versucht), bei Influenza *(Ladame),* bei Pocken *(Zippe).* Weitere Beispiele finden Sie in *Maschka's* gerichtlicher Psychopathologie. Diese Fälle gehen oft mit starker raptusartiger Angst einher.

Selbstmordversuche durch Ertränken sollen bei der Pellagra besonders häufig sein, so dass man hier von einer Hydromanie gesprochen hat.

Raynaud theilt einen Fall mit, wie ein Mann sich der Polizei stellt und ohne Spur einer Erregung erzählt, er habe seine Frau getödtet. Die Untersuchung ergab die Grundlosigkeit der Selbstanklage. Im Spital zeigten sich die deutlichen Symptome eines Typhus.

Ueber Mordversuch und Selbstverstümmelung im Intermittensdelirium berichtet *Erhardt,* über Mord der Ehefrau im Typhusdelirium *Maschka. Krafft-Ebing* gibt das Gutachten eines Falles von Tödtung des Kindes im Delirium acutum ohne vorausgegangene Infectionskrankheit (Gerichtliche Psychopathologie).

Die Dispositionsfähigkeit Delirirender ist zuweilen Gegenstand rechtlicher Entscheidung. Wohl nur die höchsten Grade des Deliriums sind im Stande, die Verfügungsfähigkeit aufzuheben. Vorübergehende Rückkehr der Besonnenheit ist selbst bei diesen nicht ausgeschlossen. Letztwillige Verfügungen können bei wechselnder Intensität der Delirien unter Umständen getroffen und als rechtsgiltig angesehen werden.

Therapie.

Bei der Behandlung ist dem Grundleiden Rechnung zu tragen.

Die Hauptaufgaben bestehen in Sorge für genügende Bewachung, guter Ernährung, Bekämpfung der Unruhe, der Schlaflosigkeit. Wenn irgend möglich, Eisbeutel auf den Kopf.

Das Fieber wird durch die üblichen Mittel bekämpft, am besten Lactophenin (0·5 mehrmals), bei Malariadelirien Chinin.

Von der Hydrotherapie ist die ausgiebigste Anwendung zu machen in Form von protrahirten warmen Bädern mit kühlen Uebergiessungen, kühlen Bädern, Abreibungen, Einpackungen.

Bei letzteren ist grösste Vorsicht zu üben, der Zustand des Herzens,

der Lunge genau zu berücksichtigen. Auf alle Fälle setze man die Einpackung nicht zu lange fort.

Mit sehr gutem Nutzen wende ich bei heftigen Erregungen mit Sinnestäuschungen und grosser Reizbarkeit, aggressivem Verhalten die vorübergehende Isolirung unter der nöthigen Bewachung an. Es tritt oft schon nach kürzester Zeit ein Zustand der Beruhigung ein, der es gestattet, den Kranken wieder aus der Isolirzelle zu entfernen.

Als Nahrung dienen breiige, flüssige Speisen, bei Nahrungsverweigerung zögere man nicht mit Anwendung der Schlundsonde, mit Nährklystieren.

Die Bewachung sei von vornherein eine besonders sorgfältige, da plötzliche Steigerungen im Fieber, namentlich im Beginn mit Beschädigungen sehr häufig sind. Eventuell ist der Kranke in ein gepolstertes Kastenbett zu legen. Dem drohenden Kräfteverfall ist vorzubeugen durch Kochsalzinfusionen, die Herzthätigkeit durch Alkohol, Kaffee, Kampfer zu heben.

Von Schlafmitteln werden am zweckmässigsten gereicht Paraldehyd 4—10 Grm., Amylenhydrat 2—4 Grm.

Bei meningitischen Erscheinungen wäre unter Umständen an Lumbalpunction zu denken.

Handelt es sich um Bekämpfung der chronischen Schwächezustände, nachdem die ersten bedrohlichen Erscheinungen vorüber, dann sind die zur Hebung des Kräftezustandes üblichen therapeutischen Maassnahmen, unterstützt von Massage, Elektricität, Bädern, in Anwendung zu ziehen.

Differentialdiagnose.

Ein sicheres Kriterium, um eine Infectionspsychose, besonders ein Fieber-, Infections- und Collapsdelirium in der Höhe ihrer Entwicklung rein aus den psychischen Symptomen heraus mit Bestimmtheit von den ähnlichen psychischen Störungen, welche nicht auf dem Boden der Infection, der Intoxication erwachsen sind, abzugrenzen, gibt es nicht.

Wir können nicht einmal mit Bestimmtheit sagen, dass den Psychosen, bei welchen eine äussere greifbare Ursache vorliegt, ein charakteristischer Verlauf zukommt. Es gibt Krankheitsbilder mit sogenannter endogener Entstehungsursache, welche abgesehen von den für die Infectionserkrankungen charakteristischen Erscheinungen, wie Fieber u. s. w., ganz dieselben Symptome aufweisen, wie die geschilderten.

Alle Versuche, welche darauf abzielen, bestimmte psychische Symptome als den Psychosen bei Infectionskrankheiten nicht zugehörig auszuschliessen, respective ihnen zuzuschreiben, muss ich bisher als verfehlt ansehen.

Die Diagnose lässt sich einzig und allein nur stellen aus der ganzen Vorgeschichte, aus der ätiologischen Entwicklung.

Es können natürlich einzelne Begleiterscheinungen den Verdacht erwecken, dass hier eine derartig entstandene Psychose vorliegt, so die Temperatursteigerung oder subnormale Temperaturen, Herzschwäche, aber stichhaltig sind diese gerade so wenig als die psychischen Symptome. Ein einziger sicherer Befund, welcher für die Diagnose der Grundkrankheit bestimmend ist, z. B. die *Widal*'sche Reaction bei Typhus, wiegt für die Stellung der Diagnose mehr, als alle psychischen Symptome.

Tremor, welcher als Unterscheidungsmerkmal für Delirium tremens von manchen Autoren angegeben wird, spricht absolut nicht gegen ein Collapsdelirium. Im Gegentheil, man wird oft überrascht durch die grosse Aehnlichkeit, welche die beiden Erkrankungen gerade in dieser Beziehung haben.

Ich kann auch die Behauptung nicht als richtig anerkennen, dass im epileptischen Dämmerzustand die Ideenflucht fehlen soll und er sich dadurch unter Umständen von einem Infectionsdelirium unterscheidet. Ideenflucht kommt, wie ich es mehrfach zu beobachten Gelegenheit hatte, wie auch kürzlich *Raecke* in seiner Arbeit über epileptische Psychosen betont hat, bei beiden Erkrankungen in derselben Weise vor.

Auch der Zustand der Bewusstseinstrübung bei den Infections- und Collapsdelirien ist nicht ein so charakteristischer, um daraufhin andere Psychosen auszuschliessen. Er hat ja manches Eigenartige in dem Traumhaften, in der Benommenheit, Betäubung, in dem oft schnellen Wechsel mit Klarheit, aber das alles sehen wir auch bei anderweitigen Psychosen, die nichts mit Infection zu thun haben, z. B. bei Psychosen nach Trauma des Gehirns. Unter Umständen erweckt die Combination der Bewusstseinstrübung mit den geschilderten nervösen Erscheinungen den Verdacht auf eine infectiöse Grundlage.

Von dem acuten hallucinatorischen Irrsein (Amentia) und der acuten hallucinatorischen Paranoia sind die Infections- und Collapsdelirien nicht zu trennen.

Der schnelle Ausbruch der Psychose kann nicht ohne Weiteres verwendet werden zu Gunsten des Deliriums, denn dieser erfolgt auch sehr plötzlich bei der Amentia, der Katatonie.

Auch für die Amentia lässt sich gegenüber der Manie kein absolut charakteristisches Unterscheidungsmerkmal angeben, wenn es auch zutreffend ist, dass bei der Manie gewöhnlich Auffassung und Denkthätigkeit nicht so weitgehend gestört sind, als bei den Infectionspsychen. Auch aus dem verschiedenen Verhalten der Orientirungsfähigkeit und Erregung, die bei der Manie in der Regel Hand in Hand gehen, wird man keine bindenden Schlüsse ableiten können.

Bei der Manie, die keinen zu hohen Grad erreicht, wo keine weitgehende Trübung des Bewusstseins eintritt, lässt sich am ersten der anhaltend heitere Affect und der ungemein lebhafte Stimmungswechsel von Heiterkeit zu Zornmüthigkeit, von Lachen und Weinen, differentialdiagnostisch verwerthen.

Pathologische Anatomie und Pathogenese.

Die Frage, ob es specifische anatomische Befunde gibt, welche uns das Zustandekommen der Psychosen bei den Infectionskrankheiten erklären können, ist bisher mit einem Nein zu beantworten.

Die vorhandenen pathologisch-anatomischen Befunde sind nicht ausreichend, um in ursächlichen Zusammenhang mit den klinischen Symptomen dergestalt gebracht zu werden, dass sie uns eine vollkommene Erklärung für das Auftreten dieser geben.

Früher legte man grossen Werth auf die Anomalien der Blutfülle des Hirns, Hyperämie und Anämie, suchte z. B. die Collapspsychosen aus einer Anämie des Gehirns zu erklären.

Weiter wurden beschrieben: Trübung der Pia, Verwachsung der Dura mit Schädeldach, Gehirnödem. Chemische Veränderungen der Hirnsubstanz, veränderter Wasser- und Fettgehalt bei Typhus *(Buhl)*, grösserer oder geringerer Wassergehalt des Hirnes bei Typhus *(Nobiling)* wurden angeschuldigt. Man legte dabei auch schon Nachdruck auf Veränderung der Zellen und Nervenfasern *(Hoffmann, Emminghaus)*.

Diese Zellenveränderungen haben in neuerer Zeit ein eingehendes Studium erfahren. Hauptsächlich sind diese Untersuchungen beim Delirium acutum angestellt, weil hier die gesammten klinischen Erscheinungen am ersten den Eindruck einer schweren Infection machten und Hoffnung erweckten für greifbare anatomische Befunde.

E. Meyer, der sich eingehend mit Zellveränderungen befasst hat, hat in einer sehr verdienstvollen Zusammenstellung über die pathologische Anatomie der Psychosen (Festschrift für *Orth*) die Ergebnisse der Untersuchung einer Würdigung unterzogen. Auch die Bakterienbefunde im Gehirn finden Sie dort erwähnt.

Als Resultat ergibt sich, dass bei den Fällen, die als Delirium acutum verlaufen, ziemlich regelmässig acute, meist schwere Zellveränderungen, Hyperämie und Blutungen in der Rinde nachweisbar sind, während die Glia keine stärkere Betheiligung erkennen lässt (acute Encephalomyelitis, *Binswanger* u. a.).

Bei gewissen Formen (Intoxicationspsychosen) zeigt die Glia viele Mitosen *(Alzheimer)*.

Bakterienbefunde sind bei der ersteren Form häufig, aber nicht constant.

Es liegen eine Reihe zuverlässiger, unzweideutiger Beobachtungen vor, so die bekannten Untersuchungen von *Westphal, Wassermann* und *Malkhoff*, welche bei acutem Gelenkrheumatismus mit Chorea und Psychose aus Blut, Gehirn, Herzklappe Mikroorganismen darstellten. Bei Thieren riefen diese Fieber und multiple Gelenkaffectionen hervor.

Sander, welcher unter Controle des *Ehrlich*'schen Institutes seine Untersuchungen anstellen konnte, gelangte zu dem Schluss, dass in einzelnen Fällen von Delirium acutum, in denen meist eine fieberhafte Erkrankung (Angina, Influenza) vorhergegangen ist, eine Allgemeininfection mit Bakterien, speciell Staphylokokken vorliegt. Die Blutinfection sei die Hauptsache, die Bakterienherde im Hirn der Ausdruck der Allgemeininfection.

In zwei Fällen von Delirium acutum bei periodischen Psychosen fand *Sander* nur sehr geringe Veränderungen gegenüber der mehr idiopathischen Form und bei Infectionskrankheiten ohne psychische Störungen gleiche, nur quantitativ geringere Veränderungen. *Binswanger* und *Berger* konnten in ihren Fällen (Influenza mit Varicellen), die acute Degeneration von Fasern, Zellen, Hyperämie u. s. w. zeigten (Encephalomyelitis acuta), nicht sicher Bakterien nachweisen.

Wir sind also noch weit davon entfernt, von einem Delirium acutum bacillare sprechen zu können.

Verhältnismässig gering sind die Zellveränderungen, die in den beiden Fällen (Fall 1 Typhus, Fall 22 Gonorrhoe), wo eine Untersuchung nach dieser Richtung von Herrn Dr. *Meyer* vorgenommen wurde, sich fanden.

Lässt die pathologische Anatomie mit ihren Befunden beim Versuch, das Zustandekommen der Erkrankung zu erklären, einstweilen noch im

Stich, so recurriren wir auf andere Momente, von denen wir annehmen, dass sie hier von Wirkung sind.

Da begegnen wir einer Reihe von Umständen, die in der Eigenartigkeit des Verlaufes und der Erkrankung selbst, sowie in der Individualität des Befallenen begründet sind.

Beim Zustandekommen wird ihnen eine gewisse Bedeutung nicht abgesprochen werden können.

Am wenigsten hat wohl die Schwere der Affection mit dem Ausbruch der Psychose zu thun, wir sehen bei geringem Fieber schwere Delirien, auf der anderen Seite sehr ernste Erkrankungen mit hohem Fieber ohne eine Spur psychischer Störung verlaufen.

Jäher Wechsel in der Temperatur, in den Pulsfrequenz-Circulationsstörungen sind oft wesentlich beim Zustandekommen des Collapsdeliriums.

Die toxische Wirkung der Infectionsstoffe, respective Bakteriengifte, die natürlich nicht ohne Einfluss auf das Blut, Gehirn, den gesammten Stoffwechsel bleiben, erscheint bedeutungsvoll. Dabei müssen wir Temperaturerhöhung und Delirium als coordinirte Folge der Infection ansehen.

Eine angenommene Idiosynkrasie der Hirnrinde gegen Toxine mancher Erkrankungen dürfte schwerlich geeignet sein, Aufklärung zu geben.

Alle diese angeführten Momente, soweit sie Geltung haben, werden uns keine endgiltige Erklärung dafür geben können, warum das Nervensystem in einem Falle mit einer Psychose antwortet, im anderen Falle unter den gleichen äusseren Bedingungen, so weit diese zu controliren sind, nicht.

Um uns das verständlich zu machen, recurriren wir auf die durch Prädisposition und Heredität gesetzte Individualität.

Jüngere Menschen, Frauen, nervös Veranlagte neigen mehr zum Ausbruch von Psychosen bei Infectionskrankheiten.

Einzelne Autoren wollen in $^1/_2$ bis $^3/_4$ der Fälle eine ererbte oder erworbene psychische Disposition gefunden haben, sei es nur eine neuropathische Constitution auf erblicher Belastung oder erworbener Veranlagung, wie Trauma, Excesse, Vergiftungen, Ueberanstrengungen, psychischer Shok, erschöpfende Krankheiten.

Unter unserem Material liess sich in 20% Erblichkeit constatiren. Es sind das aber alles Momente, deren Auftreten kein constantes ist. In vielen Fällen können wir eine Reihe von Ursachen anschuldigen, in anderen gibt uns selbst die genaueste Anamnese keine Anhaltspunkte für das Zustandekommen der Psychose.

Wir werden also nach unseren bisherigen Erfahrungen uns bescheiden müssen, in den Infectionskrankheiten nur veranlassende Momente zu sehen, die schon als solche oder unter Umständen auf dem Boden einer vorübergehenden oder dauernden Schädigung ihre Wirkung in Form der Psychosen äussern können.

13. VORLESUNG.

Graviditäts- und Puerperalpsychosen.

Von

E. Siemerling,

Kiel.

Meine Herren! Von Alters her haben die Psychosen im Zusammenhang mit den physiologischen Processen beim Zeugungs- und Fortpflanzungsgeschäft der Frau eine hohe Bedeutung beansprucht. Die grosse Rolle, welche Menstruation, Gravidität, Puerperium und Lactation beim Zustandekommen psychischer Störungen spielen, drückt sich schon in der üblichen Trennung und Bezeichnung der Psychosen nach diesem rein äusserlichen und zeitlichen Zusammenhang aus.

Ganz besonders sind es die Vorgänge vor, bei und nach der Geburt, die wegen der Häufigkeit und Eigenartigkeit mannigfacher bei ihnen vorkommender Psychosen die Aufmerksamkeit erregten. „Sowohl Wahnsinn als Tobsucht und Narrheit kann die Wöchnerin so gut und so leicht befallen, als sie vom Schlagfluss, Convulsionen und Epilepsie heimgesucht werden kann," äussert sich *Schneider* in seiner Abhandlung über Mania lactea in *Nasse's* Zeitschrift für Anthropologie 1823. Mania puerperalis bleibt lange Zeit die Benennung für die im Puerperium vorkommenden psychischen Störungen mit dem Charakter der Erregung. Es ist *Fürstner's* Verdienst, 1874 zuerst darauf hingewiesen zu haben, dass ein grosser Theil der Wochenbettpsychosen nicht unter dem Bilde der Manie verläuft, sondern unter den Erscheinungen eines acuten hallucinatorischen Irrsinns. Interessiren Sie sich für die ältere Literatur bis zum Jahre 1833, so finden Sie in *Friedrich's* systematischer Literatur der ärztlichen und gerichtlichen Psychologie Anhaltspunkte. Ein Verzeichnis einschlägiger neuerer Literatur finden Sie am Schluss dieses Vortrages angeführt.

Als Grundlage für die vorliegende Besprechung der Graviditäts-, Puerperal- und Lactationspsychosen mögen die Krankheitsgeschichten von 332 Fällen dienen, deren Verlauf ich während meiner Thätigkeit in Berlin an der Charité, in Tübingen und in Kiel beobachten konnte.

Unter den Psychosen beim weiblichen Geschlecht nehmen nach umfassenden Zusammenstellungen früherer Beobachtungen *(s. Weebers)* die Schwangerschaftspsychosen 3·1%, die Puerperalpsychosen 9·8%, die Lactationspsychosen 4·9% ein. Die Zahl dieser Psychosen zusammen im Zeitraum von 1883 bis 1891 in der Charité belief sich auf 4·8%, annähernd so viel waren 1894—1901 in Tübingen beobachtet, nämlich 4·5%, während ihre Häufigkeit in Kiel bisher einen viel geringeren Umfang hat, nämlich 2·2%. Ein sehr erhebliches Schwanken macht sich während der einzelnen Jahre in der Zahl der Charitéaufnahmen geltend von 2·5% im Jahre 1885 bis zu 8·9% im Jahre 1889. Wenn wir von diesen jährlichen Schwankungen, wie sie beim Material eines grossen Krankenhauses nicht selten sind, absehen, so ist es doch bemerkenswerth, dass die grosse Stadt, wie Berlin, kaum mehr von diesen Fällen lieferte als der vorwiegend ländliche Aufnahmebezirk, aus dem sich das Material in Tübingen recrutirte.

Eigenartig ist es, dass wir in einer schnell wachsenden Stadt wie Kiel nur einer so kleinen Zahl dieser Psychosen begegnen. Wenn auch der Zeitraum der Beobachtung sich hier nur erst auf zwei Jahre erstreckt, so habe ich trotzdem den Eindruck gewonnen, dass die Zahl der Puerperalpsychosen im Ganzen eine geringere geworden ist. Diese Beobachtung deckt sich mit den Erfahrungen anderer Autoren, wie sie in der Discussion gelegentlich eines Vortrages von *E. Meyer* über Puerperalpsychosen zum Ausdruck gekommen sind. So berichten *Hitzig, Knecht, Alt* in Uebereinstimmung von einer nicht unerheblichen Abnahme der Puerperalpsychosen. Unbedingt richtig ist — Sie werden davon auch bei der Aetiologie hören — dass gerade zum Zustandekommen dieser Erkrankungen äussere Umstände, vor Allem das Hebammenwesen, eine wichtige Rolle spielen. Die ohne Frage auf diesem Gebiete eingetretene Besserung der sanitären Verhältnisse, die Vermehrung, resp. die Schaffung eines besser geschulten geburtshilflichen Personals dürfte ohne Weiteres als Erklärung für diese Abnahme der Wochenbettpsychosen herangezogen werden. Es ist das eine Anschauung, welche ich mit hervorragenden Gynäkologen theile.

Auf die einzelnen Abschnitte vertheile ich die Psychosen folgendermaassen: 86% Puerperal-, 10% Lactations-, 3% Graviditätspsychosen. Diese Benennung der Geistesstörungen nach den rein äusserlichen Phasen hat sich bis jetzt eingebürgert; die von *Olshausen* vorgeschlagene Eintheilung in Infections-, idiopathische und Intoxicationspsychosen hat keine allgemeine Einführung gefunden. *Olshausen* benannte als Infectionspsychosen die von einer fieberhaften Puerperalerkrankung direct abhängigen Erkrankungen, als idiopathische die ohne körperlich fieberhafte Erkrankung. Hierher soll die grosse Mehrzahl der Schwangerschafts- und Lactationspsychosen und ein Theil der eigentlichen Wochenbettpsychosen, bei denen gelegentlich besonders den Körper schwächende Momente, wie Blutverlust u. dgl., beschuldigt werden müssen, gehören.

Die Intoxicationspsychosen entstehen im Gefolge von Eklampsie oder ausnahmsweise bei Urämie ohne Eklampsie.

Mit gutem Grund ist gegen diese Eintheilung geltend zu machen, dass sich Infection und Intoxication als ursächliche Momente für das Zustandekommen meist nicht scharf trennen lassen. Vor Allem aber können

beide Ursachen ganz dieselben Psychosen hervorrufen, die sich oft in nichts von den auf idiopathischem Wege entstandenen unterscheiden. Es ist auch aus praktischen Gründen Werth darauf zu legen, ob eine Psychose im Wochenbett oder in der Lactation entstanden ist.

Die eigentliche Ursache für das Zustandekommen der Wochenbettpsychosen kennen wir noch nicht, das dürfen wir uns nicht scheuen, offen auszusprechen. Wir kennen nur eine Reihe von äusseren Schädlichkeiten, bei deren Vorhandensein als begleitenden Symptomen der Gravidität, des Puerperiums und der Lactation uns das Auftreten der Psychose erklärlich erscheint. In vielen Fällen bei normaler Geburt, beim Fehlen irgend einer Prädisposition, suchen wir oft vergebens nach einer greifbaren Ursache, welche uns den Ausbruch der Störung verständlich macht, recurriren nicht selten auf den vagen Begriff der Erschöpfung.

Prüfen wir einzelne in Betracht kommende Schädigungen.

Die Erblichkeit spielt keine erhebliche Rolle. Unter 308 Fällen liess sich bei 81 (25·3%) erbliche Belastung nachweisen, bei 91 (29·5%) war diese nicht vorhanden, bei dem Rest von 136 Fällen (45·2%) lagen keine genügenden Erhebungen zur Entscheidung der Frage vor. Dabei habe ich Heredität nur gerechnet, soweit die nächsten Anverwandten in Frage kommen.

Schwere und Leichtigkeit der Entbindung sind gleichfalls ohne besonderen Einfluss, nur in 7·2% ist die Entbindung als schwer zu bezeichnen, die durch Vornahme einer Operation, Zange, Extraction, Wendung u. s. w. beendigt werden musste, in allen übrigen Fällen ist sie als leicht bezeichnet, es fehlt darunter nicht an Sturzgeburten. Viel bedeutungsvoller ist die Entbindung, wenn sie mit grösserem Blutverlust, nachfolgender Anämie, grosser körperlicher Erschöpfung und schlechter Ernährung einhergeht, wie sich in 16% constatiren lässt.

Die grosse Bedeutung der Infection ist schon lange hervorgehoben. So unterscheidet bereits 1828 *Berndt* in seiner Abhandlung: Bemerkungen über die Natur und Behandlung der Mania puerperalis in *Hufeland's* Journal die bei Endometritis, Phlebitis u. s. w. vorkommenden symptomatischen Psychosen von den Puerperalpsychosen im engeren Sinne.

Mit Recht legen die meisten späteren Autoren, so besonders *Ripping, Martin Schmidt, Olshausen, Weebers, Knauer* u. A. diesem Moment eine grosse Bedeutung zu. Puerperale Infection, mag sie sich als Metritis, Endometritis, Parametritis, Endokarditis, als Pyämie, Osteomalacie u. s. w. äussern, spielt eine erhebliche Rolle. In nicht weniger als 24% war Infection zu verzeichnen. Von hervorragender Wichtigkeit ist ferner die als Eklampsie sich documentirende Intoxication (16%). Beide, Infection und Intoxication, sind mit 40% vertreten.

Dazu kommen noch 8%, bei denen sich eine fieberhafte oder anderweitige, mit dem Wochenbett zunächst nicht in ursächlichem Zusammenhang stehende Erkrankung, wie Herzfehler, Nephritis, Gelenkrheumatismus, Typhus, Masern, Lungenerkrankung (Phthise, Pneumonie, Pleuritis) nachweisen lässt, die für den Ausbruch der Psychosen immerhin von Bedeutung scheinen. Diesen Zahlen gegenüber treten die in ihrer Wirksamkeit viel schwerer abzuschätzenden psychischen Momente, wie Nahrungssorgen, Aufregungen, Angst vor Entbindung, Gewissensbisse, Furcht vor Schande u. s. w., mit nur 4·3% entschieden zurück. Auch Familienstand und Lebensstellung der betreffenden Frauen fallen nicht besonders ins Gewicht. Die unehelich Geschwängerten und Puerperae über-

wiegen keineswegs in den verschiedenen Zusammenstellungen. So auch nach meinen Erhebungen: 74·7% Verheiratete gegenüber 23·8% Ledigen. Puellae publicae waren unter den Letzteren drei Fälle.

In wenigen Fällen ist eine schon früher aus anderen Ursachen entstandene, abgelaufene oder noch existirende Nerven- oder Geisteskrankheit vorhanden, wie Epilepsie, Hysterie, Chorea, Paranoia, Melancholie, Imbecillität, die während des Puerperiums exacerbirte oder von Neuem angefacht wurde.

Bei der Bewerthung aller in Betracht kommenden Momente darf nicht vergessen werden, dass sie sich auf dem durch Gravidität, Puerperium und Lactation besonders vorbereiteten und prädisponirten Boden abspielen und ihre Wirkung entfalten.

Ich brauche Ihnen hier nicht die einschneidenden Veränderungen, welche der mütterliche Gesammtorganismus in diesem Zeitraum, sei es in der Aenderung des Blutes, des Stoffwechsels, in dem Wechsel der Ernährungs- und Constitutionsverhältnisse, in der plötzlichen Entleerung der Beckenorgane bei der Geburt (fast $^1/_{10}$ des mütterlichen Körpergewichtes wird die Abnahme geschätzt) erleidet, vorzuführen. Jedes Lehrbuch der Geburtshilfe gibt Ihnen über diese hochwichtigen puerperalen Vorgänge Auskunft.

Das Zusammenwirken mehrfacher der oben angeführten ätiologischen Momente bei einem Fall, wie es häufig zu beobachten ist, wird uns auf diesem Boden erst recht verständlich erscheinen.

Das grösste Contingent zu den Psychosen stellen die Erstgebärenden mit 40%, die Zahl sinkt bei den Zweit- und Drittgebärenden auf 13%, resp. 15%, bei den Viertgebärenden auf 10%, bei sechs- und siebenfachen Geburten auf 3% und 2%; je zweimal bricht die Erkrankung in der 8. und 9. Entbindung aus, fünfmal in der 10. und einmal in der 14. In 10 Fällen schliesst sich die Erkrankung an Aborte an, von denen 7 in die erste Hälfte der Schwangerschaft fielen.

Wiederholungen, derartig, dass die Psychose im Wochenbett oder in der Lactation recidivirt, sind nicht häufig: im Ganzen 14 Fälle. Die Form der Psychose ist nicht immer die gleiche, so sah ich Melancholie mit hallucinatorischer Verwirrtheit abwechseln, ganz besonders häufig tritt die Wiederholung in der Lactationsperiode auf: hier sind es unter 29 Fällen 8 mit Recidiven; einmal wurde hallucinatorische Verwirrtheit in der Lactation nach der 3., 5. und 7. Entbindung beobachtet.

Die meisten Erkrankungen fallen in den Zeitraum vom 21.—25. und 26.—30. Lebensjahr, nämlich: 73·3% und 23%, vom 31.—35. Jahre 19%, 36.—40. 9%, 41.—45. 4%; je einmal bricht die Erkrankung im 48. und 51. Jahre aus.

Betrachten wir die Psychosen, welche zum Ausbruch kommen, so ist als fundamentaler Satz in Uebereinstimmung mit allen neueren Autoren, welche sich mit dieser Frage beschäftigt haben, vorauszuschicken, dass es eine specifische puerperale Psychose nicht gibt, ebensowenig als eine Lactations- und Graviditätspsychose.

Dieselben Erörterungen, welche ich gelegentlich der Infectionspsychosen angestellt habe, greifen hier Platz.

Vorausnehmen möchte ich die psychischen Störungen, welche sich eng an den Geburtsact selbst anschliessen und während dieses,

meist mit Vollendung desselben schliessen. Ich selbst habe nicht Gelegenheit gehabt, derartige Beobachtungen anzustellen.

Dass transitorische, schnell, oft in Stunden verlaufende psychische Störungen unter dem Bilde eines Dämmerzustandes oder eines hallucinatorischen Deliriums vorkommen, ist nach den einwandfreien Beobachtungen nicht in Abrede zu stellen, wenn auch von Allen ihre grosse Seltenheit hervorgehoben wird. Aeltere Beobachtungen finden Sie bei *Jörg*: „Die Zurechnungsfähigkeit der Schwangeren und Gebärenden (1837)“ und bei *Marcé*: „Traité de la folie des femmes enceintes (1858)“.

Neuere Mittheilungen bringen *Weiskorn, Roustan, Dörfler* und *Debus*. Es handelt sich in diesen Fällen um kurz vorübergehende, nur Stunden anhaltende Zustände von hallucinatorischer Verwirrtheit, zuweilen auf hysterischer Basis, meist mit totaler Amnesie für die Vorgänge während der Geburt und die Geburt selbst. Hierher gehören auch die von *Schwarzer* und *Krafft-Ebing* mitgetheilten Fälle, bezeichnet als Mania puerperalis transitoria, transitorische Tobsucht oder die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins bei Gebärenden und Neuentbundenen. Auch hier sind es bald nach oder bereits während der Entbindung auftretende Tobsuchts- oder Verwirrtheitszustände von kurzer Dauer (nur Stunden meist) mit Trübung oder Aufhebung des Bewusstseins. Die häufige Neigung zu impulsiven Gewaltacten, welche sich nicht selten gegen das Neugeborene richten, verleihen diesen Störungen ein besonderes forensisches Interesse.

Bei den in der Gravidität auftretenden Psychosen gehen die Mittheilungen der Autoren übereinstimmend dahin, dass in der Gravidität die Melancholie die Ueberhand hat. Auch in unseren 8 Fällen gehört die Hälfte der Melancholie an, die andern vier verliefen als hallucinatorisches Irrsein. Bei den meisten bricht die Erkrankung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft aus. Die Melancholie erreicht oft eine erhebliche Stärke mit suicidalem Trieb. Zuweilen tritt mit Abort oder Entbindung Nachlassen der psychischen Störung und schnelle völlige Wiederherstellung ein. Auf die deshalb ventilirte Frage, die Einleitung des künstlichen Abortes, komme ich bei der Therapie zu sprechen.

Eine besondere Erwähnung verdient die Chorea gravidarum. In der Dissertation von *Kroner* (Berlin 1896) finden Sie 151 Fälle zusammengestellt. In den von mir beobachteten Fällen brach in einem die Chorea vier Wochen vor der Entbindung aus, in zwei weiteren einige Tage vor der Entbindung mit heftigster Erregtheit, Verwirrtheit, Hallucinationen. Alle drei Fälle endeten in kürzester Zeit letal. In dem 4. Falle, wo die Chorea seit 10 Jahren bestand, trat während der Gravidität eine Steigerung ein, die mit der Entbindung nachliess.

Die Puerperalpsychosen im engeren Sinne, d. h. die im Puerperium und in der Lactation entstehenden, werden nach allgemeinem Gebrauch so getrennt, dass alle bis zur sechsten Woche nach erfolgter Entbindung aufgetretenen Störungen dem eigentlichen Puerperium, die nach dieser Zeit der Lactation zugeschrieben werden. Es ist ohne Weiteres klar, dass die Trennung keine scharfe sein kann; ein nicht unbeträchtlicher Theil der Psychosen gehört beiden Phasen an. Vereinzelt lassen sich die Anfänge der Störung schon in der letzten Zeit der Gravidität nachweisen. Die meisten Geistesstörungen im Puerperium brechen in den ersten Tagen nach der Entbindung aus.

Es erscheint überflüssig, wegen der ungemein grossen Schwierigkeit einer genauen Fixirung des eigentlichen Beginnes eine Erhebung darüber anstellen zu wollen, an welchem Tage die Psychose wirklich entstanden ist, meist können diese Bestimmungen nur das Manifestwerden oder die plötzliche Exacerbation der bis dahin in geringem Umfang bereits vorhandenen oder sich vorbereitenden Psychose angeben. Es sei nur besonders hervorgehoben, dass die Hälfte aller Puerperalpsychosen in der ersten Woche nach der Entbindung sich entwickelt, und dass 60% der Erkrankungen in den ersten 14 Tagen ihren Anfang nehmen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass bei den durch das Puerperium gesetzten Schädigungen gelegentlich einmal jede Psychose entstehen kann. Ausserordentlich selten ist die Entstehung der progressiven Paralyse in ursächlichen Zusammenhang mit Gravidität, Puerperium und Lactation zu bringen, ein solcher Zusammenhang liess sich nur einmal nach Puerperium nachweisen. Dieser Befund stimmt mit den Ansichten anderer Autoren *(Westphal, Mendel)* über die Unwichtigkeit des Wochenbettes für die Entstehung der Paralyse überein.

Ebenso selten ist die Entstehung einer chronischen Paranoia. Unter fünf Fällen meiner Beobachtung lässt sich nur einmal die Entwicklung der Verfolgungsideen mit systematischem Charakter auf das Puerperium zurückführen; bei den übrigen handelte es sich lediglich um Exacerbationen in Form von hallucinatorischen Erregungs- und Verwirrtheitszuständen einer nachweislich schon jahrelang bestehenden chronischen Verrücktheit.

Einmal sah ich einen hallucinatorischen Erregungszustand mit ängstlicher Färbung auf dem Boden einer beträchtlichen Imbecillität entstehen. Im Beginn der Erkrankung versuchte das 21jährige ledige Mädchen das Kind mit Spiritus zu verbrennen.

Bei der Epilepsie (zwölf Fälle) und Hysterie (sieben Fälle) ist die Frage der ursächlichen Entstehung im Wochenbett nicht immer ganz leicht zu entscheiden. Bei genauer Feststellung aller in Betracht kommenden anamnestischen Daten darf doch die Möglichkeit nicht ausser Acht gelassen werden, dass früher schon einmal Anfälle, die unbeachtet geblieben sind, aufgetreten waren. Fünfmal liess sich die Entstehung der Epilepsie auf das Puerperium zurückführen. Die Krämpfe treten wenige Stunden oder wenige Tage (am dritten Tage) nach der Entbindung auf, schliessen sich einmal unmittelbar an die Chloroformnarkose und Anlegung der Zange an. In allen folgt auf die Anfälle ein Verwirrtheitszustand mit Benommenheit und Trübung des Bewusstseins, welcher ganz kurze Zeit (in der Regel eine Stunde) dauerte, einmal einen Zeitraum von $1^1/_2$ Monaten beanspruchte. In den Fällen, wo schon früher epileptische Krämpfe existirten, kam es auch einige Male zu länger dauernden postepileptischen Erregungszuständen und zu Dämmerzuständen, wie sie den epileptischen Aequivalenten eigen sind.

Hysterische Anfälle wurden einmal während der Gravidität und nur während dieser Phase beobachtet; die 29jährige Frau hatte während der drei beobachteten Schwangerschaften ausgesprochene hysterische Krämpfe mit Arc de cercle, die nach den Entbindungen jedesmal ganz schwanden. Zu einer schweren Hysterie mit Parese aller Extremitäten, Sprachstörung, Clownismus, Tremor, Schreikrämpfen und Convulsionen kommt es einmal bei einer verheirateten 22jährigen Erstgebärenden, nach

Verlauf von drei Monaten tritt Heilung ein. In den übrigen Fällen bestanden die hysterischen Anfälle schon längere Zeit.

Eine Combination von hysterischen und epileptischen Anfällen wurde bei einem 31jährigen, an cerebraler Kindeslähmung leidenden schwachsinnigen Mädchen beobachtet. Sie stand unter der Anklage der Kindestödtung, wurde auf Grund des abgegebenen Gutachtens freigesprochen.

Unter den am häufigsten im Wochenbett auftretenden Psychosen rangirt an erster Stelle das acute hallucinatorische Irresein (55·4%), dann die Melancholie (12·5%) und Manie (5%). Es treten dazu noch die Störungen, welche als Fieberdelirien (13%), Delirium acutum (4·5%), Chorea puerperalis (2·5%) verlaufen. Diese ebenso wie die im Gefolge der Eklampsie (5·4%) entstehenden Psychosen werden wir zweckmässig gesondert betrachten.

Einzelne Autoren, so *Peikert, Aschaffenburg, E. Meyer* haben unter den Wochenbettpsychosen der Katatonie einen erheblich grösseren Antheil zuschreiben wollen, als es sonst zu geschehen pflegt.

Es ist hier nicht der Ort, über die Berechtigung der Ausdehnung des Begriffs „Katatonie" zu discutiren. Wenn ich absehe von dem Tübinger Material, unter welchem bei 51 Fällen 14 (27%) als zur Katatonie gehörig von *E. Meyer* gerechnet werden, mich beschränke auf die Berliner Fälle, dann ist die Katatonie mit kaum 2% vertreten. Sehen wir ganz ab von dem subjectiven Moment, was bei der Stellung dieser Diagnose nicht gut zu eliminiren ist, dann könnte man daran denken, in der erwähnten Verschiedenartigkeit der Provenienz des Materials, das eine Mal aus der grossen Stadt, das andere Mal aus ländlichem Bezirke, eine Erklärung für diesen Unterschied in der Verlaufsweise zu finden. Ob diese Vermuthung zutreffend ist, dürfte schwer zu beweisen sein. Das ist keine Frage, dass unter dem Tübinger Material auffallend häufig Fälle zur Beobachtung kamen, welche sich der Katatonie einreihen liessen.

Auf der anderen Seite erscheint es mir nicht gerechtfertigt, aus dem gelegentlichen Auftreten katatoner Erscheinungen, wie sie namentlich bei allen acuten Psychosen sehr häufig sind, die Fälle ohne Weiteres der Katatonie zuzuzählen. Jedenfalls ist für die prognostische Beurtheilung des Falles nichts damit gewonnen, da die katatonischen Erscheinungen noch lange kein ausreichendes Criterium bilden, um eine sichere Prognose zu stellen, jedenfalls nicht ohne Weiteres die Prognose verschlechtern. Wir werden hören, dass über die Hälfte der Puerperalpsychosen in Genesung ausgeht.

Die unter dem Bilde der Manie verlaufenden Fälle unterscheiden sich in nichts von den maniakalischen Erregungszuständen aus anderer Ursache. Bestimmend für die Zugehörigkeit zur Manie sind der durchwegs heitere Affect, zuweilen mit lebhaftem Stimmungswechsel ohne erhebliche Trübung des Bewusstseins, Bewegungsdrang, Beschleunigung des Vorstellungsablaufes, resp. Ideenflucht, keine besonders hervortretenden Sinnestäuschungen. Alle Fälle verlaufen bis auf einen, welcher an Complication von Nephritis zu Grunde ging, günstig.

Die Entwicklung der manischen Exaltation erfolgt durchweg erst am Ende der ersten Woche nach der Entbindung. Die durchschnittliche Zeitdauer des Verlaufes beträgt 4—5 Monate.

Die Melancholien zeichnen sich durch ihre besondere Schwere der Symptome aus. Meist in den allerersten Tagen (allein sechs schon

am ersten Tage nach der Entbindung) entstehend, setzen sie sofort mit den für Melancholie charakteristischen Symptomen der Depression mit hochgradiger Angst, ängstlichen Vorstellungen, Versündigungsideen ein. Bei nicht weniger als 13 Fällen (43%) kommt es gleich in den ersten Tagen zu ernsten Selbstmordversuchen (Erhängen, Sprung ins Wasser, Verletzungen durch Schnitte, Sturz aus dem Fenster, Erstickung durch qualmende Lampe). Suicidale Neigungen werden im weiteren Verlaufe nur selten vermisst. Drei Mütter waren unter Anklage der Kindestödtung gestellt (Kind aus dem Fenster geworfen, Versuch zu erwürgen, mit dem Kind ins Wasser gesprungen). Der Verlauf beansprucht im Durchschnitt einen Zeitraum von sechs Monaten; einmal kommt die in der Lactation entstandene Erkrankung noch nach vierjährigem Bestehen zur Heilung. Bei 35 unter 41 Fällen (85%) ist ein günstiger Ausgang zu verzeichnen. Einige Male fällt der Beginn der Genesung mit dem Eintreten der ersten Menstruation nach der Entbindung zusammen. Selten (viermal) sind melancholische, resp. manische Phasen als Theilerscheinung des circulären Irrsinns beobachtet.

Als die wichtigste Gruppe ist in unseren Fällen das acute hallucinatorische Irrsein oder die acute Verwirrtheit (Amentia) zu verzeichnen.

Sehe ich zunächst ab von den Störungen, welche sich im Gefolge der Eklampsie etabliren, und von denen, welche als Chorea puerperalis verlaufen, und wende mich zunächst dem dominirenden acuten hallucinatorischen Irresein zu. Die Hauptgruppe dieser Fälle ist ausgezeichnet durch den meist sehr acuten Beginn, die traumhafte Bewusstseinstrübung, durch lebhafte Sinnestäuschungen und durch mannigfache motorische Reizerscheinungen oft unter dem Bilde von katatonischen, besonders stupurösen Symptomen. Nicht selten begegnen wir dem von *Fürstner* gekennzeichneten klassischen Krankheitsbilde. Unter unbedeutenden vagen Prodromen, wie Kopfschmerzen, Missmut, Verstimmung, setzt acut das erste Stadium ein: heftige, vorübergehend remittirende hallucinatorische Erregung mit progressiv sich steigernder Verworrenheit. In der zweiten Periode ein stupides, stummes, auf pathologischen Sensationen beruhendes Verhalten, Fortbestehen von Sinnestäuschungen, die einerseits die Kranke in gewissem Grade verwirren, sie zu gewaltsamen Handlungen fortreissen, andererseits nicht so vorherrschend sind, dass sie die Perception für äussere Vorgänge unmöglich machen. Den Schluss bildet die Reconvalescenzperiode: entsprechend einem schnelleren oder langsameren Cessiren und Schwinden der Sinnestäuschungen vollständige Lucidität: das normale psychische Verhalten kehrt zurück. Die stupuröse Phase im Krankheitsbild kann fehlen, nach der hallucinatorischen Erregung leitet sich ohne diese Reconvalescenz ein. Mannigfaltig sind die weiteren Variationen: die stupurösen Erscheinungen treten gleich von vorneherein in vorübergehenden, nur Stunden anhaltenden Anfällen auf. Stupor und Erregung können in schneller Folge abwechseln. In anderen Fällen treten die Sinnestäuschungen sehr in den Hintergrund. Es ist hier vorherrschend primäre Incohärenz des Vorstellungsablaufes verbunden mit Rathlosigkeit, Unorientirtheit und einer bald ängstlichen reizbaren, gehobenen, jedenfalls oft und schnell wechselnden Stimmung. Dazwischen schieben sich Anfälle mit Schreien, eigenartigen Stellungen und Verdrehungen des Körpers, oft

begleitet mit Schlagen und Singen, besonders manirirter und affectirter Sprechweise. Nicht selten treten schon in der ersten Zeit schnell vorübergehende Remissionen mit weitgehender Klarheit auf. Zuweilen sind Sinnestäuschungen verknüpft mit Wahnvorstellungen in einer so bestimmten Richtung der Beeinträchtigung vorhanden, dass man direct von einer acuten hallucinatorischen Verrücktheit sprechen kann. Der von *Schüle* erwähnte „Lactationseifersuchtswahn" konnte auch in unseren Fällen einige Male (vier Fälle) bereits in der ersten Zeit des Puerperiums beobachtet werden. Selbstmordversuche meist im Beginn der Erkrankung sind bei diesen Formen lange nicht so zahlreich als bei der Melancholie (nur sieben Fälle, d. h. 3·5%), nur zweimal wird ein Angriff auf das Leben des Kindes ausgeführt.

Die Dauer des Verlaufes dieser Formen ist eine sehr verschiedene. Unter den Genesenen lässt sich direct nach der Länge der Erkrankung eine leichtere und schwerere Form abgrenzen. Erstere beansprucht im Durchschnitt eine Dauer von 33 Tagen. Vereinzelt, wie nach schwerem Blutverlust, klingt die heftige hallucinatorische Erregung schon in acht Tagen ab.

Die schwerere Erkrankung erstreckt sich auf einen Zeitraum von 3—4 Monaten. Dreiviertel der Fälle gelangen zur Genesung. Die Zahl der Todesfälle ist gering (3%); es sind die wenigen, wo sich septische Erscheinungen einstellten oder eine andere Complication, wie Phthisis pulmonum, vorlag. Wo keine Wiederherstellung eintritt, geht die Erregung in ein chronisches Stadium über mit mehr oder weniger schnellem Verfall der Geisteskräfte.

Bei der erwähnten Häufigkeit der zu Grunde liegenden Infection darf es nicht Wunder nehmen, dass so oft Fieberdelirien oder Krankheitsbilder mit dem Charakter des Delirium acutum beobachtet werden. Die Schwere und Ausbreitung der Infection, die häufig unter dem Bilde der allgemeinen Sepsis verläuft mit Endokarditis, Perikarditis, Pleuritis, Nephritis, Pyelonephritis, Peritonitis u. s. w., ruft die heftigsten und wirrsten Fieberdelirien hervor, mit Jactation, grosser Unruhe, vollkommener Bewusstseinstrübung. Das Delirium acutum schliesst sich mehrere Male unmittelbar an sehr schwere Entbindungen mit grossem Blutverlust an. Bei der Section sind Pacchymeningitis haemorrhagica, Hyperaemia cerebri, kleine miliare Blutungen im Hirn vorhanden. Beachtenswerth ist die porstmortale Temperatursteigerung bei einigen Fällen, die $1^1/_2$ Stunden nach dem Tode von 40° auf 43·2° gestiegen war.

In diese Kategorie gehören auch die Fälle von Chorea puerperalis. Bei einer 35jährigen erstgebärenden Frau bricht die Chorea unmittelbar nach der Entbindung aus mit den Erscheinungen der allgemeinen Sepsis. Bei einer 31jährigen Frau kommt es zur Chorea im Anschluss an die Entfernung von Nachgeburtsresten einige Wochen nach der Entbindung. Im 3. Falle, bei einer 44jährigen Frau, handelt es sich um die manuelle Entfernung der Placenta nach Abort im 4. Monat. Die Chorea war hier besonders schwer. Die Section ergab ausser Perikarditis, Endokarditis, Pleuritis, Granularatrophie der Nieren Anaemia cerebria und Encephalomalacia pontis. Im letzten Falle zieht sich die Chorea nach leichter Entbindung einen Monat hin. Tod unter Erscheinungen der Sepsis. Auch hier Endocarditis ulcerosa, Myokarditis, Nephritis, Dilatatio cordis. Im Gehirn makroskopisch nichts.

Während alle diese Fälle, ebenso die des Delirium acutum, tödtlich verlaufen, sehen wir unter den Fieberdelirien doch einige zur Genesung kommen. Es sind die, wo keine allgemeine Sepsis, entweder nur Mastitis mit hohem Fieber, oder häufiger noch einseitige Parametritis vorhanden ist.

Eine besondere Besprechung erfordern noch die Psychosen nach Eklampsie, zu deren Kenntnis die Veröffentlichung von *Olshausen* wesentlich beigetragen hat. Es sind im Ganzen 45 Fälle, über welche ich verfüge, darunter 13, bei denen im Anschluss an die Eklampsie nur ein ganz kurz dauerndes (Stunden) soporöses Stadium sich anschloss ohne stärkere Erregung und Verwirrtheit. 7 von diesen gelangten zur Heilung, 6 gingen zu Grunde unter gehäuften Anfällen und tiefem Koma. Wo Section ausgeführt, zeigt sich Nephritis parenchymatosa, Icterus (2 Mal) Hepatitis haemorrhagica, Fettembolie der Lungen. Im Urin sind stets Albumen und meist auch Cylinder nachgewiesen.

In 32 Fällen von Eklampsie kommt es entweder zu einem kurzem, auf Tage (1—14 Tage) sich erstreckenden hallucinatorischen Delirium, welches sehr ähnlich ist dem, wie es nach epileptischen Anfällen beobachtet wird. Das stark aggressive Verhalten, wie es bei Epilepsie vorkommt, vermisste ich hier. 8 der Fälle enden tödtlich, 12 gehen in Genesung über, darunter einer, welcher mit Chorea complicirt war. Die Section ergibt bei allen neben anderen Veränderungen Nephritis parenchymatosa, im Hirn je einmal Pacchymeningitis haemorrhagica, Blut im Hirnventrikel, Hydrocephalus, Hyperaemia cerebri. Die deliriösen Symptome erreichen in vielen dieser Fälle eine Ausdehnung, dass es wohl berechtigt ist, sie als Delirium acutum zu benennen.

In 12 Fällen schliesst sich an die Eklampsie eine länger dauernde hallucinatorische Verwirrtheit. Auch hier ist ein Fall mit Chorea combinirt.

Die Eklampsie bricht in den Fällen, wo es sich feststellen lässt, neunmal kurz vor der Entbindung, einmal 3 Tage vorher, resp. vor dem Abort aus (zweimal im 8. Monat), zweimal während der Entbindung, dabei einmal beim Durchtreten des Kopfes, zwölfmal nach der Entbindung, entweder unmittelbar nachher oder bei dem Ausstossen der Placenta oder einige Stunden später, einmal 2 Tage nachher. Die Entbindungen sind zum Teil sehr schwer mit Placenta praevia, Ruptur der Scheide, zweimal kommt es zu septischen Erkrankungen mit Parametritis und universeller Peritonitis. In der Regel sind starke Oedeme vorhanden, der Urin weist in der Mehrzahl starken Eiweissgehalt und reichliche Cylinder auf. Einmal entwickelt sich bei den Anfällen rechtsseitige Hemiplegie, die wieder zum Ausgleich gelangt, in einem anderen Falle wird vorübergehend Ptosis beobachtet. Die Psychose schliesst sich, wie wir das auch bei den epileptischen Anfällen sehen, entweder eng an den Anfall oder in der Regel an eine Serie von Krampfanfällen an, oder folgt erst einem soporösen Stadium, zuweilen tritt auch nach den Anfällen eine bis 2 Tage währende Lucidität auf und die Psychose entwickelt sich erst nach dieser.

Ich stimme *Olshausen* durchaus bei, wenn er für die eklamptischen Psychosen den meist fieberfreien raschen Verlauf, den günstigen Ausgang hervorhebt. Nur zweimal sah ich die Psychose in ein unheilbares Stadium der Verwirrtheit übergehen. Der eine Fall ist in den Charité-Annalen Bd. 14 veröffentlicht.

In allen übrigen Fällen nimmt die Psychose nur einen durchschnittlichen Zeitraum von 2 Wochen in Anspruch (höchste Dauer 2 Monate). Nur einmal tritt im Verlauf eines vier Wochen bestehenden Erregungszustandes Tod an Bronchopneumonie ein.

Im Vordergrund der psychischen Symptome steht das Bild der halluc i n a t o r i s c h e n V e r w i r r t h e i t. Stupuröse Phasen sah ich nicht auftreten.

So verläuft die Erkrankung bei einer 29jährigen Frau (2. Entbindung) in folgender Weise: Gravidität normal. Einige Stunden vor der Entbindung 6 Anfälle. Nach der leichten Entbindung 17 Anfälle, 2 Tage später 4 Anfälle. Inzwischen soporös. Viel Albumen, reichlich Cylinder. Nach den letzten Krämpfen erregt, glaubt vergiftet zu werden, sieht Personen, verweigert Nahrung, spricht von Katzen, die sie geboren, hat Angst vor Hinrichtung, hört schimpfende Stimmen, sieht Fratzen, Köpfe, weint, jammert. Kurze Remission: es sei ihr wie ein Traum, sie habe sich eingebildet, dass sie Hunde und Katzen geboren. Erregung bricht wieder aus, sieht Prinzen mit gelb und schwarz gestreiften Hosen, die tanzen, ist weinerlich, beklagt sich über Stimmen, die gesagt, dass ihr Kind todt sei. Oft anhaltende Monologe, glaubt begraben zu sein. Sie müsse alles aussprechen, glaubt unverheiratet zu sein. Allmähliches Nachlassen der Verwirrtheit und Erregung, Heilung nach 2 Monaten.

In ähnlicher Weise gestaltet sich der Verlauf in den übrigen Fällen. Wiederholt sind dabei Zustände von Ekstase (religiöse Exaltation) zu verzeichnen.

Hier wie bei den Fieberdelirien kommt es vereinzelt zu Selbstmordversuchen, meist bedingt durch schreckhafte Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen. Die E r i n n e r u n g an die Vorgänge ist meist getrübt. Die A m n e s i e ist oft so hochgradig, dass sie sich auf Geburt und die vorausgehenden Ereignisse erstreckt.

Ein periodisch gehäuftes Auftreten der Eklampsiepsychosen, wie *Olshausen* es beobachtet hat, konnte ich bestätigen; in die Zeit vom Juli des Jahres 1889 bis zum März 1890 fallen unter 32 allein 10 Fälle von Eklampsiepsychosen.

Die P r o g n o s e der einzelnen Formen habe ich bereits bei diesen erwähnt. Zusammengefasst für alle Formen des puerperalen Irrsinns ist die Prognose nicht schlecht. Die ungünstige Prognose der schweren Infectionspsychosen, des Fieberdeliriums, des Delirium acutum wird aufgewogen durch die verhältnismässig gute des hallucinatorischen Irrsinns, der Melancholie, Manie und der eklamptischen hallucinatorischen Verwirrtheitszustände. Insgesammt kommt über die Hälfte der Fälle zur Genesung: 58% geheilt, resp. gebessert, 24% ungeheilt, 16% gestorben. Es stimmen diese Zahlen mit den Beobachtungen anderer Autoren überein.

Unter den vielgestaltigen psychischen Symptomen, welche zur Beobachtung gelangen, gibt es keines, dessen Vorhandensein oder Fehlen eine sichere Prognose zu stellen gestattet. Die Heilbarkeit oder Unheilbarkeit eines Falles ist in letzter Linie wohl weniger abhängig von den psychischen Symptomen als von den zu Grunde liegenden und sie begleitenden anderweitigen Krankheitserscheinungen, welche durch die Eigenartigkeit des puerperalen Processes bedingt werden.

Die Therapie wird daher ihre Hauptaufgabe in der Bekämpfung der zu Grunde liegenden infectiösen Vorgänge suchen. Für möglichst sorgfältige Ueberwachung der Kranken ist Sorge zu tragen, um Schädigungen des eigenen Lebens und der Umgebung zu verhüten. Ich kann dabei verweisen auf das Capitel Puerperalfieber und die therapeutischen Hinweise bei den Infectionspsychosen.

Zur Bekämpfung der Melancholie während der Gravidität ist eventuell an Einleitung der künstlichen Entbindung zu denken, wenigstens empfiehlt *Jolly* diese bei schwerer Melancholie mit heftigem suicidalem Trieb, dessen Bekämpfung, resp. Unterdrückung auch in einer geschlossenen Anstalt kaum erreicht werden könne.

Die forensische Bedeutung der Puerperalpsychosen ist bereits bei den einzelnen Formen hervorgehoben und sind Beispiele angeführt. In *Maschka's* gerichtlicher Psychopathologie, in *Krafft-Ebing's* gerichtlicher Psychopathologie und in *Cramer's* gerichtlicher Psychiatrie finden Sie weitere Fälle.

Am häufigsten kommt es zu Conflicten mit dem Strafgesetz während der erwähnten kurzdauernden Störungen beim Gebäract selbst, im Verlaufe der Melancholie, bei den eklamptischen Psychosen. Es ist bei den letzteren besonders zu berücksichtigen, dass Geburt und eventuelle Tödtung des Kindes in einem Dämmerzustand im Anschluss an die Eklampsie erfolgen kann. Es sind in der Literatur mehrfach Beispiele dafür niedergelegt. Auch in dem von mir beobachteten, bereits citirten Fall ging die Entbindung während der Anfälle vor sich. Das Kind wurde todt mit durchrissener Nabelschnur aufgefunden.

Eine pathologische Anatomie der Puerperalpsychosen in dem Sinne, dass wir die im Hirn vor sich gehenden Veränderungen nachweisen könnten, gibt es nicht. Ich verweise auf die pathologische Anatomie der Infectionspsychosen.

Literaturverzeichnis.

Alt, Abhandlung Puerperalpsychosen in Encyclopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie. — *Aschaffenburg*, Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen. Allgem. Zeitschr. für Psych., Bd. 58, pag. 337, 1901. — *Arndt R.*, Puerperalpsychosen. Arch. für Gynäk., Bd. 17, Heft 3. — *Behr*, Zur Aetiologie der Puerperalpsychosen. Ref. Neurol. Centralbl. Nr. 11, pag. 522 u. Allgem. Zeitschr. für Psych. — *Barakoff-Dimitre*, Du Rôle des Troubles de la Nutrition dans la Pathogenie de la folie puerpérale. Thèse de Paris 1902. — *Bretonville P.*, Contribution à l'étude des psychopathies puerpérales. Thèse de Paris 1901. — *des Colombiers F.*, Essai sur la Fièvre dite de Lait. Thèse de Paris 1863. — Discussion zu dem Vortrag von *E. Meyer* über puerperale Psychosen. Jahresversammlung des Vereines der deutschen Irrenärzte. — *Dörschlag Otto*, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I.-D., Berlin 1886. — *Debus H.*, Ueber Bewusstlosigkeit während der Geburt. I.-D., Tübingen 1896. — *Fürstner*, Ueber Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych., 1874. — *Göttsche Johann*, Ueber Psychosen nach Eklampsie. I.-D., Kiel 1902. — *Gourbeyer J.*, Des Paralyses puerpérales. Paris 1861 Extr. des Mémoir. de L'Acad. impér. de méd. (Tome 25). — *Hallervorden*, Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und der toxischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. für Psych., Bd. 53, pag. 661. — *Hobbs*, The role of wound-infection as factor in the causation of insanity. Amer. Journ. of ins., Nr. 13, 1899. — *Hirsch W.*, Puerperal insanity. The med. Rec. Vol. 57, 1900. — *Mlle. Hern (Salomé)*, Contribution à l'étude de la Grossesse Imaginaire. Thèse de Paris 1896. — *Hoche*, Ueber puerperale Psychosen. Arch. f. Psych., Bd. 24, pag. 612. — *Hoppe*, Symptomatologie und Prognose der im Wochenbett entstehenden Geistesstörungen (zugleich ein Beitrag zur Lehre von der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit). Arch. f. Psych., Bd. 15, pag. 137 (gutes Literaturverzeichnis). —

Jaisson, Les psychoses puerpérales. Thèse de Paris 1898; Rev. neurol. Nr. 25. — *Jelly*, Puerperal insanity. Boston med. and surg. Journ., Bd. 144, 1901, pag. 271 u. 286. — *Jolly*, Die Indication des künstlichen Abortus bei der Behandlung der Neurosen und Psychosen. Berliner klin. Wochenschr., 1901, Nr. 47, pag. 194; Neurolg. Centralbl. 1901, Nr. 21, pag. 1022. — *Jörg*, Die Zurechnungsfähigkeit der Schwangeren und Gebärenden. Leipzig 1837. — *Kroner*, Chorea gravidarum. I.-D., Berlin 1896. — *Knauer*, Aetiologische Zeit- und Streitfragen bezüglich der sog. Puerperalpsychosen. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, pag. 1897; Jahrb. 1879, pag. 1272. — *Knauer*, Ueber puerperale Psychosen. Monographie, Berlin. — *Lane*, Puerperal insanity. Boston med. Journ., Bd. 144, pag. 606 und 614. — *Marcé*, Traité de la folie des femmes enceintes. Paris 1858. — *Meyer E.*, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berliner klin. Wochenschrift, 31, 1901. — Derselbe, Die pathologische Anatomie der Psychosen. (Kritisches Referat für die seit 1895 erschienenen Arbeiten.) Sonderabdruck aus der *Orth*'schen Festschrift. — *Macdonald C. F.*, Puerperal insanity a coursory view of the general practitions. Med. Nr. 7, pag. 237. — *Mayer Louis*, Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge in den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörungen. Berlin 1870. — *Olshausen*, Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speciell den nach Eklampsie auftretenden. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. 21, Heft 2. — *Ortscheit A.*, Ueber die Beziehungen der Genitalleiden zu Neurosen und Psychosen beim weiblichen Geschlechte. I.-D., Strassburg 1888. — *Poulsen Arne*, Nogle bemärkningen om puerperal psychosen. Hosp. Tid. 4, Bd. VIII, 10. — *Péraud A. M. E.*, Étude historique et clinique sur la Fièvre de Lait. Thèse de Paris 1887. — Puerperalpsychosen. Discussion im Lancet, Centralblatt f. Gynäk., Juni 1903. — *Ripping*, Die Geistesstörungen der Schwangeren, Wöchnerinnen und Säugenden. Monographie, Stuttgart 1877. — *Rohé G. H.*, Lactational insanity. Ref. Journ. Amer. med. Assoc. September 1893. — *Rohde*, Ueber puerperale Psychosen. Deutsche Praxis Nr. 1 u. 2, 1898. — *Roustan*, De la Psychicité de la femme pendant l'Accouchement (Étude de Responsabilité). Thèse de Bordeaux, 1900. — *Schramm*, Zur Milchfieberfrage. Würzburg 1868. — *Schmidt Mart.*, Beitrag zur Kenntnis der Puerperalpsychosen. I.-D., Berlin 1880. — *Sander*, Ein Fall von posteklamptischem Irrsinn mit Amnesie. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 54; Jahresb., 1897, pag. 1273. — *Siegenthaler*, Beitrag zu den Puerperalpsychosen. I.-D., Wien 1898. — *Schrock Otto*, Ueber Chorea gravidarum. I.-D., Königsberg 1898. — *Siemerling*, Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Charité-Annal., Bd. 14. — Derselbe, Statistisches und Klinisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. Charité-Annal., XIII. Jahrg. — *Westphal*, Aetiologisches und Symptomatologisches zur Lehre von der progressiven Paralyse der Frauen. Charité-Annal., XVIII. Jahrg. — *Weebers W. Th. M.*, Over Puerperal-Psychosen. I.-D., Leiden 1897. (Sehr gute Monographie mit historischer Einleitung.) — *Weiskorn Josef*, Transitorische Geistesstörungen beim Geburtsact und im Wochenbett. I.-D., Bonn 1897.

14. VORLESUNG.

Ueber Morphinismus.

Von

M. Jastrowitz,

Berlin.

Meine Herren! Wer einmal eine acute Morphiumvergiftung gesehen hat und davon die Symptome abstrahiren wollte für die chronische Intoxication mit Morphium, denn das ist der Morphinismus und seine Steigerung in dem steten Verlangen danach, die Morphiomanie oder Morphiumsucht, der würde ebenso fehl gehen, als wenn er von einer einmaligen Trunkenheit das Bild des chronischen Alkoholismus zu construiren unternähme. Die Symptome der acuten und chronischen Morphiumvergiftung gleichen sich nur in wenigen Punkten, vielmehr ist die Aehnlichkeit der letzteren mit dem chronischen Alkoholismus ungleich grösser. Wie es keinen Alkoholisten gibt, der nicht zu Zeiten wenigstens nach Alkohol Verlangen trägt, so kenne ich auch keinen Morphinisten, bei dem nicht mindestens temporär der lebhafte Wunsch nach Morphium aufträte. Es ist daher überflüssig, so scharfe Unterschiede zwischen Morphinismus und Morphiumsucht oder Morphiomanie wegen des einzigen Symptoms der „Sucht" zu machen und die Grenze dort zu setzen, wo die angenommene Nothwendigkeit gleichsam zum blossen Vergnügen wird.

Nicht wenige Morphinisten werden darüber zwar empfindlich sein, ihren in ihrer Einbildung viel vornehmeren Hang mit gemeiner Trunkleidenschaft verglichen zu sehen, welche doch auch häufig rein pathologische Ursachen hat und, so wenig wie der Morphinismus, die bei uns Aerzten überhaupt übel angebrachte sittliche Entrüstung rechtfertigt. Dennoch haben beide Leiden gar manche stärkere und schwächere Analogien.

Zunächst in der Aetiologie.

Es wird gewöhnlich und in den meisten Fällen mit Recht angenommen, dass Hebung körperlichen und seelischen Wehes, der Schlaflosigkeit, allgemeinen Unbehagens, Ursachen, die ich nicht in ihrer Mannigfaltigkeit herzuzählen brauche, den Grund abgegeben habe für den Beginn des Morphiumgebrauches bei den weitaus meisten derartigen Patienten. So bringen den Alkoholisten zum Trunk oft seelische Leiden und körperliche Beschwerden.

So wurde in früheren Jahrhunderten und noch während der ersten Decennien des verflossenen selbst zur Betäubung der Schmerzen bei Amputationen und anderen Operationen und hinterher und gegen Schlaflosigkeit der Alkohol in starken Dosen angewandt. Wir haben seitdem im Aether und Chloroform, in den Alkaloiden des Opiums bessere und promptere Anästhetica und Schmerzstiller kennen gelernt.

Seitdem *Serturner* 1816 das Morphin darzustellen gelehrt hat und *Wood* 1853 die subcutane Anwendung desselben, besonders seitdem *Pravaz* 1864 die Spritze zur subcutanen Injection angab, hat der zuerst in seinen Symptomen unbekannte Morphinismus als künstliche Krankheit sich eingefunden und er breitete sich schnell aus wegen der leichten und billigen Beschaffung, der leichten Handhabung und schnellen Wirkung des Morphiums, das subcutan in grösseren Mengen genommen werden konnte, ohne so starke Beschwerden zu machen, als wenn man es innerlich genoss.

Wenn wir von der Opiophagie ausgehen, deren Symptome sich von denen des Morphinismus wenig unterscheiden, weil von den Basen des Opiums das Morphin als stärkste am meisten wirkt, so haben englische Forscher, *Christison* 1850, *Fleming* [1]) 1869, das Krankheitsbild uns bereits vollkommen scharf gezeichnet. Ueber den „Morphinmissbrauch", wie sie es nannten, haben jedoch zuerst in Deutschland, wo er nach den grossen Kriegen stark um sich griff, *H. Laehr* [2]) 1871 und *Fiedler* [3]) 1874 einzelne Fälle publicirt. Darauf studirte *E. Levinstein* [4]) den Morphinismus, den er als Krankheit sui generis erkannte, systematisch und stellte ihn in einer Monographie „Die Morphiumsucht" dar, und er hat das Verdienst, das Krankheitsbild in voller Bedeutung erfasst und umgrenzt und wesentliche neue Thatsachen beigebracht zu haben. Eine Fülle von Publicationen sind seitdem erschienen. Als für das Studium wichtig habe ich die Monographie von *A. Erlenmeyer* [5]) und andere seiner Publicationen darüber hervorzuheben, die klinisch werthvolle Ergänzungen und reiche Literaturangaben brachten. Letztere sind von *W. Deutsch* [6]), nicht immer richtig, ergänzt worden.

Meine Aufgabe, meine Herren, ist es, Ihnen eine abgerundete, möglichst vollständige Darstellung des Morphinismus und seiner heutigen Therapie zu liefern an der Hand der Beschreibungen und Forschungen, die über ihn in der Literatur niedergelegt sind, und aus meiner eigenen Erfahrung; soweit es möglich ist, auch Erklärungen zu geben seiner, in vieler Beziehung noch räthselhaften Symptome.

Man hat die Aerzte als Urheber des Morphinismus angeklagt. Sie sollten Morphin leichtsinnig verordnet und es unzuverlässigen Händen anvertraut haben. Es ist nicht zu leugnen, dass in der Freude über die neue Errungenschaft der subcutanen Anwendung des Guten zu viel geschehen ist, und dass die Spritze, ehe man ihre Gefahren kannte, sehr frei gewaltet hat. Was bleibt uns aber, seien wir namentlich auf dem Lande, oder in der Stadt, oder selbst in Hospitälern beschäftigt, bei mit grausamen Schmerzen verbundenen Leiden unserer Patienten, bei unheilbaren Krankheiten, wie Carcinom, Tabes, bei Steinleiden, bei den verschiedenen Sorten von Asthma, bei constitutionellen Neuralgien anderes übrig, als zur Spritze zu greifen. Wenn die Wirkung verfliegt, der Arzt nicht zur Hand sein kann und dem Wartepersonal oder den Angehörigen

die Spritze überlassen muss, so war wahrlich auf ihn kein Stein zu werfen, als man die Gefahren des Morphinismus noch nicht kannte, und er ist heute, wo man sie kennt, falls er die ihn vertretenden Personen gehörig unterrichtet hat, ebensowenig zu verdammen. Wir Alle waren, ehrlich gestanden, einmal oder das andere Mal gezwungen, so zu handeln. Das Wartepersonal oder die Angehörigen besassen aber nicht das Urtheil und die moralische Kraft, dem Jammern der Kranken nach Schmerzlinderung zu widerstehen, wo die Möglichkeit, sie zu bewirken, so nahe lag. Das Morphin wurde immer häufiger und in steigenden Dosen gegeben, und nun stellte sich das ein, was man als Morphiumsucht und als Morphiomanie bezeichnet: der Kranke hungerte förmlich darauf und verlangte das Mittel stürmisch, auch wenn er es nicht, oder nicht in einem Grade bedurfte, dass nach ärztlicher Abschätzung der Vortheil, den es brachte, die Nachtheile überwog. Das ist die Zahl der von den Aerzten zu Morphinisten gemachten Patienten, deren Zahl, wie die der Morphinisten, falls ich nicht irre, überhaupt, eher abgenommen als zugenommen hat, eine Annahme, in welcher die Herren Collegen, die in der Umgegend Berlins an freien Anstalten thätig sind, mich bestärkt haben.

Allein es wird das Morphin auch aus anderen Gründen gebraucht, als um Schmerzen zu lindern. Das Opium und von seinen Alkaloiden gerade das Morphin hat ausser der schmerzbetäubenden Kraft noch eine zweite Eigenschaft, bekanntlich diejenige, ein gewisses Wohlgefühl, Seelenruhe, Wunschlosigkeit, kurz eine Euphorie zu erzeugen und ein Vergessen des eigenen Körpers, wie es völlig Gesunden eigen ist, zu bewirken. Ein chronisch Kranker, der an seinen siechen Leib stets erinnert wird, weiss das zu würdigen.

Und doch ist es nicht die Kategorie der dauernd mit schmerzhaften Gebresten oder mit organischen Leiden Behafteten, die das Hauptcontingent der Morphinisten stellt, sondern es ist das grosse, in unserer Zeit stetig anschwellende Heer der Neurastheniker und aller der Personen, welche aus irgend einem Grund über Schlaflosigkeit zu klagen haben. Diese suchen im Morphin den Schlafbringer, den Leidbrecher, genau wie viele Trinker im Alkohol. *Krafft-Ebing*[7]) hat Dipsomanen beobachtet, die zur Beruhigung ihrer anfallsweisen Angstzustände, nicht wie sonst zum Alkohol, sondern zum Morphium griffen. Das Morphin liegt nur hierzulande nicht so, wie Opium und Haschisch im Orient, im Bereich des Volkes und es entfaltet zerstörende Wirkung früh und energisch. Weite Kreise würden sonst auch bei uns dem Opium- und Morphingenuss verfallen. Sehr interessant sind die Erhebungen der Royal Commission on Opium, verfasst von *W. Roberts*, welche *L. Freyberger* kurz referirt hat.[8]) Danach sind 5—7% der Bevölkerung Indiens Opiophagen bis zu Dosen von 2·5—6 Grm. täglich und, wie englische Aerzte taxiren, 60—90% (!) der Kinder bis zur Entwöhnung, welche dort erst nach dem 2. bis 5. Lebensjahre geschieht. Bemerkenswerth ist, dass das Opium auf den Eingeborenen euphorisch (auf den Europäer hypnotisch) vorwiegend wirkt, die Oekonomie des Körpers nicht beeinträchtigt und auch nicht die Lebensdauer, so dass die Versicherungsgesellschaften bei mässigem Genuss desselben dort keine erhöhte Prämie beanspruchen.

Andererseits können tüchtige Menschen mit festem Willen, auch wenn sie lange gegen Schmerzen grosse Dosen Morphium gebraucht

haben, doch dasselbe sich abgewöhnen. Ich habe in einer Arbeit über Occipitalneuralgie [9]) von einem Militär berichtet, der nach 4jähriger Dauer einer fürchterlichen Occipitalneuralgie, als diese keineswegs aufgehört, sondern nur sich gemildert hatte, den heroischen Muth besass, die dagegen allein stets mit vorübergehendem Erfolg benutzte Morphiumeinspritzung fortzulassen. Doch ist ein solcher Fall gewiss selten. Denn der fortgesetzte Morphiumgebrauch macht selbst ursprünglich gesunde und kräftige Menschen zu Neurasthenikern und es entsteht so ein Circulus vitiosus. Bei dem künstlich neurasthenisch Gemachten wächst der Morphiumhunger; er gebraucht mehr und länger Morphium und es wächst die Nervenschwäche.

Bei manchen hysterischen und hystero-epileptischen Frauen, bei angeboren leicht erschöpfbaren Constitutionen oder solchen, die durch Ausschweifungen erschöpft sind, ist es merkwürdig, wie stark von vornherein die Toleranz gegen das Mittel ist, und wie sie die erste Spritze schon in einer Weise hinnehmen, als wäre die Wirkung ihnen längst bekannt, oder, falls Unbehagen eintritt, wie bald dieses von leidenschaftlicher Liebe dazu überwunden wird.

Daher sind manche Autoren zu der Ansicht gelangt, dass der Morphinist prädestinirt sei, ein solcher zu werden, und dass es quasi geborene Morphinisten gebe.

Dass diese Ansicht aber nicht entfernt immer zutrifft, ist daran zu erkennen, dass man, wie Alkoholist, so auch Morphinist durch Verleitung werden kann. Einige, glaubhaft durch Neugierde entstandene Morphiumsuchten habe ich selbst zu behandeln gehabt. So hat der Bruder eines Arztes, als er diesen wegen einer schmerzhaften Fingernarbe Morphin oft einspritzen sah, dies aus Neugier auch an sich versucht, kam aber nicht mehr los und ist durch Vergiftung damit nach schweren Schicksalen gestorben. Das öftere Vorkommen des Morphinismus bei Ehegatten, Geschwistern, intimen Freunden und besonders Freundinnen entspringt gewiss nicht selten dem Nachahmungstrieb. Ich gebe aber zu, dass bei dem einen und anderen selbst dieser Fälle doch das nervöse Element sicher noch eine ursächliche Rolle spielen mag. Aber wo ist es heute nicht vorhanden?

Wir haben hier in Deutschland Morphiomanen selten aus der Classe der Jeunesse dorée, der unbeschäftigten Stutzer, Spieler, der Welt- und Halbweltdamen, welche in Frankreich häufiger sind und durch das Morphin sich über die Oede ihres gelangweilten und durch ungeregelte Lebensweise morsch gewordenen Daseins hinwegtäuschen, indem sie mit vielem Raffinement einem förmlichen Morphiumkultus huldigen.[10])

Viel mehr müssen uns jene Morphinisten interessiren, die aus seelischen Ursachen allein, oder aus seelischen und körperlichen Ursachen zum Morphium greifen. Ich meine nicht die eigentlichen Geistes- und Gemüthskranken. Diese verfallen ihm schwer, auch nach langem Gebrauch. Wir haben vor über 30 Jahren auf den Rath *Wolff's* Tobsüchtigen mehrmals täglich in lebensgefährlichen Dosen Morphin in den Hals gespritzt, und bei aufgeregt Melancholischen, bei circulären Geistesstörungen wird es noch heute vielfach gebraucht, ohne dass dadurch die Kranken morphiumsüchtig werden, auch wenn sie es vielleicht willig nahmen.

Gemeint sind hier jene seelischen Leiden, welche der Kampf ums Dasein mit sich bringt, und diejenigen, welche die Leidenschaften erzeugen in heftigen,

zuweilen selbst bedeutenden Charakteren. Oft combiniren sich verschiedene Gründe, Gelegenheit, Vertrautheit mit dem Mittel und dessen Wirkungen, um den unheilvollen Effect zu zeitigen. Wenn wir Aerzte durch Unkenntnis und Selbsttäuschung gegen die Menschheit sündigten, so haben wir schwer dafür zu büssen.* Notorisch haben unter der Geissel des Morphinismus der Stand der Aerzte in erster Linie und die affiliirten Stände der Apotheker, Chemiker, Droguisten, Pfleger und Pflegerinnen am meisten zu leiden. Nach ihnen sind es die Officiere, Kaufleute, Beamte, welche die zahlreichsten Opfer liefern und, wie mir scheinen will, in neuester Zeit die colonialen Pioniere und die Weltbummler, von denen man schwer erfährt, ob sie schon Morphinisten waren, ehe sie „Tropisten" wurden.

Von der Aerzteschaft ging mancher College zu Grunde, weil er ohne genügende geistige und körperliche Kraft den verantwortungsvollen Beruf ergriff, das Morphium sollte nachhelfen. Manche fanden herbe Enttäuschungen und hatten mit materieller Noth zu kämpfen. Andere wurden darüber körperlich leidend und sollten doch den Anforderungen des Publicums gemäss, das gegen den Arzt anspruchsvoll bis zur Grausamkeit sein kann, stets nicht nur als leistungsfähig, sondern auch in guter, fester Stimmung sich präsentiren. Mancher ältere College hatte überdies die Concurrenz mit jüngeren Kräften zu bestehen, oder es hatten diejenigen unter uns, welche operativ thätig sein mussten, viel Aufregung zu bemeistern. Das führte sie Alle zum Morphium, sie gebrauchten es nicht nur als Beruhigungsmittel, sondern auch als Stärkungsmittel.

Man ist, wie Sie wissen, über diese letztere Eigenschaft des Morphins nicht einig. Viele erfahrene Aerzte stehen für seine tonische Wirkung ein, über welche wir noch viel zu sagen haben werden. Man verordnete es z. B. auf *Kupfer's* Empfehlung geradezu als Tonicum bei Wehenschwäche und fehlenden Uterincontractionen. Aber gerade hier steht eine Ansicht von *Keilmann*[11]) entgegen, welcher annimmt, dass es nur wirke, indem es durch Hebung der Schmerzen die volle Beihilfe der Bauchpresse beim Geburtsact ermögliche, und dass von einer tonischen Wirkung keine Rede sei. *O. Rosenbach*[12]) , dem ich in Bezug auf die Annahme tonischer Wirkungen, welche das Morphin auf das geschwächte Herz unter Umständen ausüben kann, die auch schon *Sydenham* vom Laudanum gelehrt hat, durchaus beistimme, erklärt diese Wirkung in einem dunkeln Aphorismus als „die interorganische Leistung des Herzens vermindernd, die intraorganische nicht behindernd".

Ich meinerseits halte dafür, dass das Morphin nicht nur durch Wegräumung hemmender, die Leistung beeinträchtigender Schmerzen und Gefühle wirkt, sondern in kleineren Dosen direct tonisirende Kraft entfaltet. Sehen wir aber von der theoretischen Erwägung zunächst ab, zumal

---

* Wie naiv diese Selbsttäuschung gewesen ist, davon nur ein Beispiel. Als 1865/66 die Cholera nahte, brachte das damals vornehmste medicinische Blatt Berlins, die „Med. Centralztg.", 1865, pag. 590 eine redactionelle Notiz, dass man der Seuche bewaffnet mit der Pravazspritze entgegentreten solle. Früher hätten die Mittel zur Beseitigung der Diarrhoe natürlich fehlschlagen müssen, da sie gleich ausgebrochen worden seien, jetzt aber werde es ganz anders werden. In der That wurden bei der Behandlung selbst von Männern wie *v. Gräfe* die subcutanen Injectionen in der Choleraepidemie 1866 bevorzugt, er wandte solche von Strychn. nitr. an. Ich habe massenhaft solche und von Morphin in der Choleraabtheilung der kgl. Charité gemacht, bis meine Gläubigkeit, die ich als junger Arzt hegte, schwer durch die Misserfolge erschüttert wurde.

wir die Natur der Hemmungen oft gar nicht kennen, und halten uns an die praktische Erfahrung, welche immer gleichsam ein krystallisirtes Gesammt- und Endresultat liefert. Manche Jockeys und Herrenreiter injiciren, wie ich von ihnen gehört habe, nicht nur sich, sondern auch ihren Pferden Morphin, um sich und die Thiere zu grösseren Leistungen zu befähigen. Von einem berühmten, auf dem Turf sehr heimischen Reitergeneral ist es bekannt, dass er aus solchem Grunde Morphinist geworden war und hernach bis zu solcher Höhe gewesen ist, dass, wenn er Inspectionsreisen machte, Aerzte und Apotheker regierungsseitig davor gewarnt wurden, ihm zu dem Mittel zu verhelfen. Wie *Faust* mitteilt, bewies ein Hund, den er zum Morphinisten machte, lebhafte Freude, wenn er mit der Spritze in der Hand den Käfig betrat, und liess sich, frei stehend, die Injection mit grösstem Behagen gefallen. Es wird von Rednern berichtet und von Schauspielern, die erst auftreten konnten, wenn sie die Spritze hatten wirken lassen, und ich habe höhere Beamte und Gelehrte behandelt, welche mir sagten, dass sie zuerst, nur um besser arbeiten zu können, sich das Morphin als Sporn beibrachten.

Es gibt Menschen, die bei mäßigem Alkoholgenuss selbst ein sehr hohes Alter erreichen. Das sind Individuen, deren Organismus befähigt ist, die Schädlichkeit leicht auszuscheiden oder deren Gewebstheile durch die Schädlichkeit vielleicht nicht so schnell und tief angegriffen werden, dass die Function sofort darunter leidet. Gemeinhin behalten solche Personen guten Appetit, und es werden an sie gleichmässige, nicht zu bedeutende Anforderungen bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit gestellt. Das sind dann jene Muster von Longaevität, die *E. Pflüger*[13]) gerade unter den Menschen auffand, welche regulär ihr Quantum Alkohol (Eau de vie!) genossen. Die grosse Mehrzahl der Menschen ist aber minder kräftig und widerstandsfähig, und die pathologischen Veränderungen ihrer Organe reagiren mit Symptomen des Nerven-, des Gefäss-, des Verdauungssystems.

Bis zu gewissem Grade scheint die Toleranz gegen das Morphin bei den verschiedenen Individuen derselben Race in Bezug auf das Quantum und die Dauer, wie lange es vertragen wird, gleichfalls sehr zu wechseln.

Es sind Berichte über geradezu ungeheuerliche Dosen von Opium und Morphin in der Literatur angegeben, die einige Personen lange Zeit vertragen hätten.

Ob der Selbstbericht des berühmten Hellenisten, Dichters und Nationalökonomen *Thomas de Quincey*[14]), der Opium von seinen Jugendjahren an bis zu seinem im 75. Lebensjahre erfolgten Tode nahm, richtig ist, dass er angeblich 1000 Tropfen Tinct. Opii, was nach *Fleming* 320 englische Grains beträgt, also 17·28 Grm., täglich getrunken habe, muss dahin gestellt bleiben. *Deutsch*[15]) citirt *Pouchet*, der Fälle mit Tagesdosen von 9, 10 und 12 Grm. Morphin und *Jacquet*, der einen Fall gesehen hat, welcher täglich 14 Grm. Morphin und 1 Grm. Cocain nahm. Ich vermeide es, über diesen Punkt aus eigener Erfahrung Angaben zu machen, weil ich glaube, dass die Patienten, auf deren Berichte man hierbei angewiesen ist, sobald sie mit den Tagesdosen über 3—4 Grm. hinausgehen, jede genaue Selbstcontrole verlieren und sich Selbsttäuschungen hingeben, die meisten überdies die Einspritzungen in die hartgewordene, unverschiebliche Haut hinein in einer Weise ausführen, dass der grösste Theil verloren geht. In Bezug auf und Lebensalter muss ich eine von mir behandelte Dame erwähnen,

die im 78. Lebensjahre starb und mindestens 12 Jahre zuvor täglich 0·3 bis 0·5 Morphin von sachkundiger Hand einspritzen liess, bei der man deshalb genaue Controle hatte. Sie litt an Hysterie mit Astasie-Abasie und hat ihr Bett niemals verlassen. Die jüngsten Morphinisten möchten wohl diejenigen sein, welche schon im Mutterleibe zu solchen durch die Mütter werden, die während der Schwangerschaft Morphinistinnnen sind. Solche Fälle von Kindern, bei denen nach der Geburt Entziehungserscheinungen sich zeigten, sind von *Féré, Winckel* u. a. beobachtet worden.

Auch die viele Jahre den Gebrauch des Morphiums aushielten, waren weit davon entfernt, es gut zu vertragen. Ihr immer nur relatives Wohlbefinden kann ausgedrückt werden durch eine Curve, welche unter dem Normalstand anhebt, nach jeder Injection ansteigt und nach verflogener Morphinwirkung absinkt, im grossen und ganzen aber gleichfalls absinkt bis tief unter den Beginn des Curvenanfangstheiles. Überdies haben sie „Morphinkrisen", wie die alte, soeben erwähnte Dame es musste, durchzumachen, von denen noch die Rede sein wird, die nothgedrungen zur Reduction des Morphiums, wenn auch nur vorübergehend, führen.

Am weitaus häufigsten sind die Fälle jedoch, bei denen nach meist kurzem euphorischen Stadium, das nur ein eingefleischter alter Morphinist leugnen kann, dessen Gedächtnis ihn für diese Zeit bereits verlassen hat, die Symptome der Morphiumsucht einsetzen, so dass der Kranke ohne dies Mittel nicht mehr auskommen und leben zu können vermeint.

Die Klarlegung der Wirkungen des Morphins auf den Organismus geschieht am besten durch die Pathologie. Da wir es mit einem differenten Mittel zu thun haben, so fällt die pathologische Wirkung mit der physiologischen zusammen.

Meine Herren! Der Besprechung der Symptome des Morphinismus müssen wir daher eine Auseinandersetzung der Wirkungen des Morphiums auf den Organismus voranschicken. Wir müssen versuchen, die Erscheinungen der Krankheit in ihrer chronischen Form von der chronischen Einwirkung des Giftes herzuleiten, wie wir dies bei der chronischen Phosphor-, Arsen- und Bleivergiftung thun. Es muss gezeigt werden, wie es kommt, dass der Körper dabei sonst tödtliche Dosen verträgt, wie er aber solchen Gebrauch des Morphiums doch nicht in infinitum fortsetzen kann, sondern schliesslich insufficient wird, die schädliche Wirkung zu überwinden, und weshalb er mit so eigenthümlichen Symptomen reagirt, wenn das gewohnte Gift ihm entzogen wird.

Ungeachtet weite Lücken in unserer Kenntnis eine solche systematische Darstellung sehr erschweren, wollen wir sie doch möglichst innehalten, weil sie die klare Einsicht fördert, und auch weil wir dadurch am besten inne werden, wo es noch fehlt.

Alle Beobachter haben hervorgehoben, ein wie grosser Unterschied in der Wirkung des Morphins zu Tage tritt zwischen Mensch und Thier, zwischen Thieren verschiedener Gattung und der gleichen Species, zwischen Menschen verschiedener Racen, selbst verschiedener Berufe und verschiedenen Lebensalters. Das Kind verträgt es selbst nicht in entsprechend abgestufter kleiner Dosis. Beim Neger bewirkt es nach *Buchheim* Aufregung und Muskelkrämpfe und wirkt auf den intelligenten geistigen Arbeiter stärker als auf den stumpfen Bauer. Vögel sind dagegen sehr refractär, und Hunde vertragen davon bei weitem mehr als Menschen.

Abgesehen von anderen Unterschieden, die uns überhaupt verhindern, die durch das Thierexperiment gewonnene Erkenntnis ohne weiteres auf den Menschen zu übertragen, sind es diese Umstände, welche eine Verallgemeinerung der Beobachtungen und Experimente verbieten. Sind überdies doch die meisten Thierexperimente acute oder subacute Vergiftungen durch Morphin.

Dazu kommt der grosse Unterschied im Gebrauch grosser oder kleiner Dosen bei vorübergehendem oder bei längerem Gebrauch. Wir müssen daher bei der Verwerthung der experimentellen Ergebnisse mit grosser Vorsicht vorgehen und diese durch die klinischen Erfahrungen controliren, obgleich wir wissen, wie verschieden die Beobachter zu schätzen sind und dass Kritik am Platze ist.

Begleiten wir das Morphin auf seiner Wanderung durch den Organismus, um seine Wirkung in den einzelnen Geweben und Organen zu studiren.

Es wird seine Aufnahme in das Blut schneller oder langsamer erfolgen, je nach dem Blutreichthum der zum Einstich gewählten Stelle, ob es in eine Vene oder in ein Lymphgefäss trifft, wobei unter leichten Collapserscheinungen, zuweilen unter Aufschiessen von Quaddeln die Aufnahme 10mal so schnell erfolgt, oder ob subcutan, wie es soll, oder wie bei manchen, mit der linken Hand ungeschickt ausgeführten Selbsteinspritzungen, intracutan, oder selbst zu tief, intramusculär. Bei manchen Einspritzungen der letzteren Art bleibt das Medicament wie ein kleines Dépôt einige Zeit liegen und gelangt erst allmählich zur Resorption.

Soviel bis jetzt bekannt, wird die Blutbeschaffenheit durch Morphin niemals direct, höchstens indirect beeinflusst, indem durch die herabgesetzte Ernährung Anämie sich ausbildet. Chemisch kann es die Blutbeschaffenheit nicht benachtheiligen, weil nach *A. Loewy*[16]) durch seine Einwirkung die Oxydationsvorgänge im Körper nicht geändert werden, und weil es nach *E. Tauber*[17]) im Blute unverändert bleibt.

Nach *Cloëtta's* eingehenden Untersuchungen[18]) wird es, nicht wie das Chloroform in den Blutkörperchen, sondern im Blutserum transportirt und verschwindet bereits nach 20 Minuten aus dem Blute überhaupt, indem es aus diesem, dessen dissociirende Kraft Morphium gegenüber nur gering ist, von den alkalischen Geweben an sich gerissen und zersetzt wird.

Ebensowenig hat man beobachtet, dass das Morphin bei längerem Gebrauch, wie etwa der Alkohol, die Gefässwände schädigt und sie verhärtet. Das ist ein Hauptunterschied in der Wirkung des Morphiums und des Alkohols.

Beim **Herzen** haben wir dessen complicirte physiologische Verhältnisse zu berücksichtigen, Ansichten und Beobachtungen zu beurtheilen, die keineswegs übereinstimmen, und darunter die bestbegründeten und annehmbarsten zu wählen. Das genauere Eingehen hierauf und auf alle physiologischen Verhältnisse, die ich noch erörtern werde, hat einen praktischen Zweck. Aus den gewonnenen Anschauungen resultiren wichtige Maassnahmen für die Therapie.

Grobe pathologische Veränderungen am Herzen von irgend welcher Constanz weist der Morphinismus nicht auf. Zwar hat *E. Schweninger*[19]) mitgetheilt, dass er bei einer Anzahl von Morphinistensectionen, wie viele gibt er nicht an, prägnante Hypertrophie mit Dilatation der rechten

Herzkammer und markante Erweiterung der Arteria pulmonalis gefunden habe, während die linke Herzkammer concentrisch in mässigem Grade hypertrophirt und die Aorta normal oder enger gewesen sei; er wollte aus diesem Befund sowie aus den überall vorhandenen, namentlich aber im kleinen Kreislauf bis zur infarctähnlichen Blutüberfüllung gehenden Stauungen, mangels anderer Ursachen, einen charakteristischen Befund für den chronischen Morphinismus herleiten. Dieser Befund, nahm er an, komme dadurch zu Stande, dass mit dem Sinken des arteriellen Druckes der venöse steige, und da die Venen und Capillaren stärkere Spannung hätten, so werde der rechte Ventrikel gedehnt und hypertrophirt, und in weiterer Folge auch der linke Ventrikel. Allein diese Anschauung ist in ihrer Grundlage, im pathologisch-anatomischen Befund, nicht bestätigt worden. *E. Levinstein, Wittkowski, Erlenmeyer* haben andere Befunde gehabt. Ich verfüge über drei Sectionen chronischer Morphinisten. Eine betraf einen 50jährigen Mann, der, mit Abscessen bedeckt und marantisch, in die Anstalt gleichsam zum Sterben eingeliefert wurde und, ohne dass etwas mit ihm vorgenommen werden konnte, nach zwei Tagen verschied. Die zweite war die eines Morphio-Cocainisten von 42 Jahren, dessen Abmagerung wohl die extremste war, die ich je gesehen hatte; die dritte betraf einen Morphinisten (Trinker), ziemlich gut genährt, von 52 Jahren, der 12 und 11 Jahre zuvor bereits Entziehungscuren durchgemacht hatte und in mässigen Quantitäten Zucker ausschied. Bei der zweiten Entziehung hatte er in einem Urin von 1004 und 1006, ohne morphotische Elemente, drei Wochen hindurch auch reichlich Eiweiss ausgeschieden. Bei der dritten Aufnahme war der Eiweissgehalt des Urins gering, wieder keine Formelemente und kein Zucker vorhanden. Nur in dem letzten Falle war neben stärkerer Hypertrophie des linken Ventrikels auch der rechte Ventrikel und der rechte Vorhof sehr mässig dilatirt, und der Befund erklärte sich aus der mittelstarken Nierenschrumpfung, welche sich zeigte. Bei den beiden anderen Fällen habe ich die von *Schweninger* beschriebenen Befunde weder an den Herzen, noch an den Schlagadern constatiren können. Die Herzen waren gleichmässig atrophisch und welk. Das Ausbleiben der excentrischen Hypertrophie der rechten Herzhälfte kann ich aber der allgemeinen Abmagerung hier nicht zuschreiben. Denn das Herz reagirt sehr fein unter allen Umständen auf länger bestehende Aenderung der Kreislaufsdruckverhältnisse und, wie wir glauben annehmen zu müssen, in einzelnen Fällen auch auf gewisse Aenderung der chemischen Blutbeschaffenheit. Ich habe z. B. bei der idiopathischen Herzhypertrophie der Epileptiker, auf welche ich als häufigeres Vorkommnis die Aufmerksamkeit vor Jahren lenkte[20]), wenn ein solcher Epileptiker an einer zehrenden anderen Krankheit, an chronischer Phthise etc., starb, dennoch die linksseitige Hypertrophie trotz allgemeiner Volumsabnahme des Herzens, und dann um so prägnanter, gesehen.

Die krankhaften Symptome, welche der Morphinismus von Seiten des Herzens producirt, können also lediglich functioneller Natur sein.

Binz erklärt das Morphin geradezu als Herzgift. *Erlenmeyer*, der klinische und sphygmographisch eingehendere Untersuchungen über die Morphinwirkung auf das Herz angestellt hat, nahm schon bei Einzeldosen von Morphin Blutdruckerniedrigung und herzschwächende Wirkung wahr. Da er auch während langsam und vorsichtig durchgeführter Entziehung Herz-

schwäche mittelst des Sphygmographen nachweisen konnte, welche durch Zuführung kleiner Morphindosen prompt zum Verschwinden gebracht wurde, so erblickt er darin den Beweis, dass das gewohnheitsmässig zugeführte Morphin chronisch tonisirende Wirkungen auf den Herzmuskel ausübt. Die Grenze zwischen chronischem Morphinismus und Morphiumsucht will er da festlegen, wo die herzerschlaffende, die Contractionsenergie des Herzens herabsetzende Wirkung des Morphins, die Atonie, umschlägt in die herzstärkende, in die den Herz- und Gefässtonus hebende, in Hypertonie, was bei chronischem Gebrauch doch einmal eintreten müsse.[21])

Ich habe bereits erwähnt, dass Morphium unter Umständen, z. B. bei Herzerweiterung und Herzschwäche der Nephritiker, der Diabetiker, der Arteriosklerotiker fraglos als Tonicum wirken kann, gleichviel aus welchen, hier nicht zu erörternden Gründen. Bei normalen gesunden Menschen geschieht das aber nur, wenn es in kleineren Dosen angewandt wird und wenn der Gebrauch nicht zu lange ausgedehnt wird.

Die von mir als Thatsache nicht angezweifelte Beobachtung *Erlenmeyer's*, dass schon Morphineinzeldosen Blutdruckverminderung und herzschwächende Wirkungen haben, bedurfte indess genauerer Angabe, bei welcher Höhe der Dosis und bei welchen Kranken er solche Wahrnehmungen machte. Wenn z. B. eine relativ grössere Morphingabe zur Beseitigung von Schmerzen und grösserer Beschwerden gemacht wurde, so lässt sich denken, dass der vorher durch den Schmerz erhöhte Blutdruck nach Beseitigung des Schmerzes erniedrigt wurde. Die Verallgemeinerung dieser *Erlenmeyer*'schen Beobachtung würde schwer verständlich machen, weshalb bei chronischem Gebrauch des Morphins denn die Atonie in Hypertonie umschlagen muss und weshalb die Hypertonie in Atonie zurückschlägt. Seine Erklärung, dass die Atonie auftrete als Ermüdungseffect, als physiologische Rückwirkung eines Reizes, der lange bestanden hat, kann kaum genügen.

Der Gefässdruck ist eine complexe Grösse, die aus sehr variablen Factoren sich zusammensetzt und durch den Sphygmographen nur relativ zu bestimmen ist. Er resultirt aus der Contractionskraft des nach unseren heutigen, durch *Engelmann's* Forschungen geklärten Ansichten sich automatisch bethätigenden Herzmuskels in erster Linie; er ist abhängig vom Querdurchschnitt der Gefässe und von dem Widerstand, den der Blutstrom in denselben findet; er ist ferner abhängig von einer Menge variabler Momente, die das vasomotorische Centrum in der Medulla oblongata beeinflussen, wie Nahrungsaufnahme, Körperbewegung, psychische Erregung etc. etc. Zeigt der Sphygmograph also eine Blutdruckerniedrigung an, so ist zwar die Herzkraft als der grössere Factor wahrscheinlich am meisten betroffen, aber es fehlt die Gewissheit, und die Betheiligung der einzelnen Factoren ist nicht auseinanderzuhalten und einzeln zu bestimmen.

Wir können die zu beobachtenden klinischen Erscheinungen am besten begreifen und erklären, wenn wir uns an die in den verschiedenen pharmakologischen Lehrbüchern vorgetragene Darstellung halten, wonach die Wirkung des Mittels sich in einer gewissen periodischen Reihenfolge abwickelt.

Die erste Periode wäre die der leichten, allgemeinen Erregtheit, während welcher alle Functionen, besonders diejenigen des Nervensystems, erhöht (excitirt) sind. Auf diese folgt die zweite Periode der lähmungsartigen Erscheinungen, beginnend im Gehirn, wo der Wille, die willkürlichen

Bewegungen aufhören, das Bewusstsein schwindet und Schlaf eintritt. Diese Lähmung schreitet fort im Rückenmark, wo die Reflexe erhöht werden, zu den Atmungscentren in der Medulla oblongata und den regulatorischen des Herzens.

Das Excitationsstadium wird in Bezug auf die Psyche allgemein angenommen.[22]) *v. Bezold*[23]) lehrt klar: das Morphium erhöht im Anfang und vermindert späterhin die Thätigkeiten des muskulomotorischen, regulatorischen und excitirenden Nervensystems, welche Verminderung bei sehr starken Dosen schliesslich in allgemeine Lähmung übergeht. Das Gleiche geschieht mit den Centralorganen für die Gefässnerven und den Nerven für den Sphincter Pupillae.

Nur *L. Witkowski*[24]) ist gegen das primäre Excitationsstadium. Er bezeichnete auch den Einfluss des Morphiums auf den Kreislauf als gering und rasch vorübergehend und als irrig die Ansicht, dass die Wirkung des Mittels im Organismus ganz oder zum Theil auf Beeinflussung des Gefässnervensystems beruhe.

Wenn auch diejenigen zu weit gehen, welche auf den verminderten Blutdruck alle Erscheinungen des Morphinismus womöglich zurückführen, so ist doch thatsächlich bei grösseren Dosen, vollends bei toxischen, Blutdruckerniedrigung vorhanden. Sie wird bewirkt durch Beeinflussung des regulirenden Gefässnervencentrums in der Medulla oblongata, von wo aus auch die Athmung, die Schweisssecretion, der Brechact durch das Morphin beeinflusst werden, vielleicht auch in etwas durch Wirkung auf die localen Gefässcentren. Und indem, wie *Binz*[25]) lehrt, das Gehirn in weiterer Folge jede Aenderung des Blutdruckes als Nachlass seiner Spannung, als positiven und negativen Reiz empfindet, antwortet das Herz auf jede Erweiterung der peripheren Blutgefässe mit Steigerung der Pulszahl.

Dies alles beobachten wir indess nur bei Verabreichung grösserer Dosen. Spritzen wir aber z. B. einem apathischen Menschen, bei dem der kleine Vorgang an und für sich keine Beachtung, geschweige Erregung bewirkt, eine kleine Dosis von 0·01 bis selbst 0·015 ein, so erfolgt bald unter leichter Röthung des Gesichtes manchmal deutlich grössere seelische Lebhaftigkeit, die schon im Blick sich verräth, und vorübergehend Hebung des Pulses in Bezug auf Frequenz und Spannung, bis nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde Ruhe eintritt und der Puls wird, wie er vor der Einspritzung war. —

Das Morphium wird vom Herzen aus durch das Blut allen Geweben zugeführt. Seine Hauptwirkung aber entfaltet es im Nervensystem. Darum ist es aber nicht ein reines Nervengift, wie etwa das Tetanotoxin, das nach den Untersuchungen von *Meyer* und *Ransohoff*[26]) sich nur im Protoplasma der Nerven fortpflanzt und lediglich in den motorischen Theilen des Rückenmarks zur Geltung kommt.

Wie macht die Wirkung des Morphins auf das Nervensystem sich geltend?

Die gröbere pathologische Anatomie hat in Bezug auf die Beantwortung dieser Frage uns im Stich gelassen. Fände sich bei den Morphinisten selbst so constant im Gehirn, in der Rinde, eine Hyperämie, als bei acuten Vergiftungen mit Morphium in der That der Fall ist, es würde dadurch doch nichts erklärt. Und die Hyperämie ist nicht constant, man hat auch, wie ich in zwei meiner Fälle, Anämie gefunden, die nicht von der allgemeinen Blutarmuth abhängt, weil, wo Gründe, besonders zur localen Hirn-

hyperämie bei Anämischen vorhanden sind, diese auch bei ihnen, und im Contrast noch augenscheinlicher, sich vorfindet.

Nach unserer heutigen Anschauung wirken die Medicamente durch chemische Verbindungen irgend welcher Art, welche sie mit dem Protoplasma der Zellen eingehen. *P. Ehrlich's* [27]) gewichtige Ansicht geht dahin, dass die Nervenwirkung der Alkaloide, also auch des Morphins, nicht auf einer Bindung derselben an die Nervenzellen beruht, sondern vielmehr auf einer lockeren Aufspeicherung in den Fettsubstanzen des Gehirns, den Gehirnlipoiden, dem Cholesterin und Lecithin, oder aber auf einer Art festerer Lösung, wie bei den alkalischen Farbstoffen.

Da aus guten Gründen der Nachweis solcher chemischen Verbindungen noch lange ausstehen wird, so hat man sich bemüht, den morphologischen Ausdruck dafür in den Ganglienzellen, zunächst bei der acuten Vergiftung mit Morphin, nachzuweisen.

Binz [28]) hatte die schlafmachende Wirkung durch eine Veränderung der Grosshirnganglien erklärt, welche er durch Behandlung von Präparaten derselben mit einer 0·20/$_0$igen Lösung von Morph. sulfur. erhalten hatte. Diesen positiven Befund hat er jedoch in einer späteren Auflage seines Werkes modificirt und ausgesprochen, dass uns noch nicht verfolgbare protoplasmatische Störungen in den Zellen der Grosshirnrinde wohl die Hauptsache sei.

Die Untersuchungen, welche *v. Tschisch* [29]) im Laboratorium von *v. Mierzejewski* nach älteren Methoden anstellte, haben ihm sehr erhebliche Befunde geliefert, und zwar nur in der grauen Substanz des von ihm allein berücksichtigten Rückenmarks, nicht in der weissen Substanz. Es waren Zeichen der Hyperämie mit Extravasaten und Ausschwitzung von Plasma in das Gewebe rings um die Gefässe bei acuter Vergiftung. Bei mehr chronischer — der Hund, welcher am längsten lebte, wurde nach 62 Tagen getödtet, nachdem ihm 14 Tage à 5 Grm. und 15 Tage à 3 Grm. Morphin injicirt worden war — fand sich das Gleiche, ausserdem aber waren die Nervenzellen, und zwar, wie schon *v. Mierzejewski* und *Ross* als allgemeine Regel gezeigt hatten, am stärksten die den Gefässen benachbarten, geschrumpft, an Zahl vermindert, fortsatzlos, blass und nahmen die Carminfärbung nicht an. Die Deutlichkeit der Contouren der Nervennetze war verloren gegangen und die bei acuter Vergiftung noch gut erhaltenen Kerne waren grob degenerirt. Den ganzen Process bezeichnete *v. Tschisch* als Myelitis centralis chronica.

Ein anderer russischer Autor, *Merakowsky* [30]), hat bei acuter Vergiftung mit Morphin beobachtet, dass die Nissl-Granulationen am peripheren Theil der Zelle schwinden und in der Nähe des Kerns Form und Grösse verändern und dass die Zellausläufer die Regelmässigkeit der Contouren ihrer chromatophilen Striae einbüssen, dass aber Nucleus und Nucleolus sich nicht verändern. Bei der chronischen Vergiftung waren schwerere Veränderungen vorhanden. Die Chromatinsubstanz löste sich in eine regellose, granulirte, staubförmige Masse auf und die Umrisse des Kerns und seine Gestalt wurden unregelmässig.

Allein abgesehen davon, dass eine Veränderung der, wahrscheinlich mit den vegetativen Functionen der Zellen im Zusammenhang stehenden und überaus leicht beeinflussbaren Nissl-Granulationen nicht eben viel beweist, und dass *Merakowsky* die nämlichen Veränderungen auch bei

anderen Vergiftungen gesehen hat, wie *v. Tschisch* auch beim Atropin die grobe Degeneration der Ganglienkerne, sie also nichts für Morphinvergiftung Charakteristisches bieten, so ist es nicht wohl denkbar, dass bei so starken Veränderungen, insbesondere auch der motorischen Ganglienkörper, doch die Bewegung und der Umfang der Muskeln noch so erhalten bleiben kann, wie es bei Morphinisten thatsächlich der Fall ist, und dass sie so schnell sich wiederherstellen sollen, wie der Morphinist nach wenigen Tagen der Entziehung seine motorische Schwäche überwindet.

Weniger Schwierigkeit bieten für unsere Auffassung die Befunde von *Arthur Fränkel*[31]), der die Wirkung verschiedener Narkotica auf die motorischen Vorderhornzellen des Rückenmarks studirte und fand, dass die Annahme, es griffen die Narkotica die motorischen wie die sensiblen Rückenmarksganglien in gleicher Weise an, nicht richtig ist. Vergiftete er Hunde und Kaninchen mit Krampfgiften, Strychnin, Brucin, Thebain, Pikrotoxin, so zeigten die nach *Nissl* untersuchten Vorderhornzellen stets deutliche Veränderungen. Bei Vergiftung dagegen mit Morphin, Chloralhydrat, Chloroform und Aether waren die Vorderhornzellen des Rückenmarks vollkommen gesund.

So stark sind also die Widersprüche schon, wo es die Constatirung der Veränderungen im Rückenmark gilt. Einig sind allenfalls die Untersucher darin, dass sie in der grauen Substanz sitzen, und wahrscheinlich müssen sie dann in den sensiblen Partien sich vorfinden, obgleich sie hier ebensowenig als im Gehirn einwandsfrei nachgewiesen worden sind.

Der kleine Kreislauf wird nach *A. Loewy*[32]) schon deshalb beeinflusst, weil bereits nach einer Injection von 0·02—0·03 Morphin beim Menschen, durch Herabsetzung der Erregbarkeit des Athmungscentrums in der Medulla oblongata, die Athemgrösse vermindert wird. Es ist dies von Bedeutung für unsere Maassnahmen, wenn es gilt, Morphinisten zu behandeln, deren Respirationsorgane erkranken. Wo ohne andere auffindbare Ursache sichtbares Absinken der Athemfrequenz sich bemerkbar macht, besteht bei ihnen ausserdem der Verdacht einer acuten Vergiftung durch auf einmal genommene zu grosse Dosen. —

Eine ungeahnte Bedeutung hat die Frage von den Schicksalen des Morphins im **Digestionstractus** gewonnen, nachdem es subcutan einverleibt worden ist. Es drehen die Untersuchungen sich darum, wie Magen und Darm beeinflusst werden, ob durch Einwirkung auf die peripheren Muskel- und Nervenelemente, oder durch centrale Einwirkung auf Gehirn und Rückenmark, sodann um den Chemismus der Verdauung, in specie um die Absonderung der Salzsäure, endlich ob und inwieweit die Ausscheidung des Morphins und seiner Umwandlungsproducte durch Magen und Darm geschieht.

Das bei Menschen und Thieren häufige und auffällige Erbrechen nach Injectionen verlangte zunächst nach einer Erklärung, und von *Pierce* und *Laborde* wurde das nach langem Stehen aus der Morphinlösung sich bildende Apomorphin als Ursache beschuldigt, bis *Claude Bernard* zeigte, dass das Erbrechen auch bei frischen, unverdächtigen Lösungen eintritt. Dieser grosse Forscher machte auf die Hemmung der Peristaltik durch Morphium aufmerksam, indem er durch Injectionen in den Kropf der Vögel diesen zum Stillstand brachte. *L. Guinard* nimmt an, dass Brechcentren durch Morphin gereizt werden.[33])

Vor nicht zu langer Zeit stellte *Kleine*[34]) Verzögerung der Magenverdauung durch Morphin fest, dadurch soll Zersetzung des Mageninhaltes, Erkrankung der Magenschleimhaut und Verminderung des freien Salzsäuregehaltes nach längerem Gebrauch bei Morphinisten erfolgen. Ebenfalls hat *Holsti*[35]) während des Morphingebrauches im Magen oft eine abnorm grosse Menge Flüssigkeit mit sehr niedriger Acidität gefunden und glaubt daher auch, es sei die schädliche Wirkung des Morphiums auf den Magen mehr der störenden Einwirkung auf seine Motilität als auf seine Secretion zuzuschreiben.

Es scheint, wenn wir die Wirkungen des Morphins auf den Digestionstractus studiren wollen, indess wiederum nothwendig, den Effect kleiner Dosen von dem grosser zu sondern, und die Effecte chronischer Einverleibung des Mittels scheinen auch wiederum andere zu sein, als die acuter.

Kleine Dosen und nicht zu grosse regen zuerst, wie wir uns oft überzeugt haben und jederzeit überzeugen können, die Magendarmbewegungen und die Absonderung des Magensaftes an, daher man nach solchen Injectionen öfters Gurren in den Gedärmen hört, und die Patienten bald Appetit empfinden.

Damit stimmt *Guinard* überein[36]), der beim Gebrauch kleiner Morphindosen Reizung der Darmperistaltik mit eventueller einmaliger Kothentleerung und erst bei einsetzender Narkose Darmträgheit wahrnahm.

J. Pal[37]) hat aus seinen neueren Untersuchungen die Ueberzeugung gewonnen, dass Morphin nicht lähmend, sondern erregend auf die in der Darmwand gelegenen Ganglien wirkt und den Darmtonus erhöht. Er erklärt daraus die von *O. Rosenbach* erkannte excitomotorische Wirkung kleiner Opiumdosen auf den Darm bei Ileus, den durch sie herbeigeführten Nachlass der bedrohlichen Symptome und die Stuhlentleerung.

A. Hirsch[38]) hat experimentell bei Thieren, denen er 0·01 Morphin pro Kilo injicirte, motorische Sistirung der Magenbewegungen bei fortbestehender, zuerst geringerer, dann gesteigerter HCl-Secretion gesehen und bei Verabreichung grösserer Dosen den Eintritt von Pylorusverschluss. Er glaubt an eine centrale Einwirkung, die dann nur in der Vierhügelgegend eingeleitet werden könnte, wo nach *Openchowski* die motorischen und Hemmungscentren für die Magenbewegung sich befinden.

Wenn *Nothnagel*[39]) durch seine bekannten Experimente, bei denen er die locale aufsteigende Darmcontraction entdeckte, zu der Anschauung gelangt ist, Morphin wirke auf den Hemmungsnerven des Darmes, den Splanchnicus, wie Digitalis auf den Hemmungsnerven des Herzens, den Vagus, beide Mittel erregten die betreffenden Hemmungsnerven in kleinen und lähmten sie in grossen Gaben, so ist durch eine Reihe tüchtiger Arbeiten von *Spitzer*[40]), *Jacobj*[41]), *Pohl*[42]) und ausser diesen noch durch eine, *Jacobj's* Resultate bestätigende *v. Vamossy's*[43]) diese *Nothnagel*'sche Ansicht widerlegt worden. Alle letztgenannten Autoren sind wesentlich der Meinung, dass das Morphin local auf den Darm wirkt durch Herabsetzung der Sensibilität, der Reflexerregbarkeit und durch Lähmung. Aber die darauf achteten, wie *Pohl*, lassen der lähmenden Wirkung eine kurzdauernde erregende vorangehen.

Ich habe noch der Arbeit *Riegel's*[44]) zu gedenken, der nicht nur beim Hunde mit *Pawlow*'scher Fistel, sondern auch beim Menschen eine, wenn auch nicht sofort eintretende und nicht starke Erregung der Magen-

saftsecretion, niemals hemmende Einwirkung, beobachtet hat, freilich nur bei Versuchen mit acuter Zuführung des Mittels.

Endlich noch der Beobachtung von *R. Oestreich*[45]), der bei zahlreichen Sectionen sah, dass schon bei geringen, vor dem Tode genommenen Opium- und Morphingaben, der Dickdarm von der *Bauhin*'schen Klappe ab aufgetrieben und gelähmt war und diese Erscheinung durch eine besondere Anziehungskraft des Dickdarms für diese Mittel erklärte, welche durch den Verlauf der Gefässe und Nerven kaum begriffen werden könne.

Alle diese Beobachtungen und Versuche zusammengefasst, gestatten die Annahme, dass das Erbrechen centralen Ursprung hat, wobei auch der Pylorusverschluss nach grossen Dosen zu berücksichtigen wäre, dass sicher durch kleinere Dosen die Motilität des Magens und des Darmes vorübergehend angeregt wird, ehe sie hernach sich verlangsamt, und dass die Absonderung des Magensaftes, insbesondere der Salzsäure, dadurch nicht wesentlich vermindert, vielleicht selbst angeregt wird. Bei langem Gebrauch von Morphin werden aber Motilität und Secretion wahrscheinlich beeinträchtigt werden. Nur der Dickdarm scheint insofern eine Ausnahmestellung einzunehmen, als er schon durch kleine Dosen von Morphin von vornherein (?) gelähmt wird.

Hitzig[46]) hatte angenommen, dass durch Anacidität des Magens der Morphinhunger bedingt werde, und dass die relative Hyperacidität, welche nach Einstellung der Einspritzungen sich einfindet, die Entziehungserscheinungen hervorruft. Diese Annahme ist durch die bisherigen Befunde nicht gestützt worden und schon deswegen nicht plausibel, weil z. B. bei genug fieberhaften Erkrankungen ein Wechsel von Anacidität zur relativen Hyperacidität stattfindet, ohne dass wir entfernt ähnliche Erscheinungen beobachten wie bei der Morphinentziehung.

Von Wichtigkeit ist *Hitzig's* Beobachtung aber geworden, die den Ausgangspunkt seiner Theorie gebildet hat, dass er sah, wie das Erbrochene eines Hundes, dem Morphin injicirt war, von einem anderen Hunde aufgeleckt, auch diesem Brechen erregte. Er veranlasste *Alt*[47]), Untersuchungen anzustellen über die Ausscheidung der subcutanen Morphin-Injectionen, und *Alt* hat die von *Marmé* und *Leineweber*[48]) sechs Jahre zuvor gefundene Thatsache bestätigt, dass diese Ausscheidung durch den Magen geschieht. Nach *Alt* beginnt sie bereits nach $2^1/_4$ Minuten, dauert eine halbe Stunde stark an, wird allmählich schwächer und hört nach 50—60 Minuten auf. Das ausgeschiedene Morphinquantum kann bis zur Hälfte des einverleibten betragen. Bald darauf gab *E. Tauber*[49]) als Resultat seiner genauen Studien an, dass das Morphin keineswegs, wie man zuvor glaubte, durch den Harn, sondern durch diesen gar nicht oder höchstens in Spuren, aber durch die Magenschleimhaut zur Ausscheidung kommt und weiter durch die Fäces hinausgelangt.

Der Umstand, dass *Marmé*[50]) behauptet hatte, es lasse sich im Harn gesunder und kranker Menschen Morphin, wenn es in Dosen zu 0·1 Grm. (und wie er eigenhändig in dem mir zugesandten Separatabdruck verbessert hat, 0·01 Grm.) intern oder subcutan einverleibt wird, in der Regel mit Sicherheit nachweisen, worin er von *Landsberg*[51]), *Donath, Fleischer, Burkart*[52]), *Kobert, Schmiedeberg* u. a. Widerspruch erfuhr, war seiner und *Leineweber's* wichtiger Entdeckung abträglich und liess auch seine,

zuerst Aufsehen erregenden Angaben über die weiteren Schicksale des Morphins im Organismus verdächtig erscheinen und nicht durchdringen.

Marmé wollte nämlich bei Untersuchungen, die er gemeinsam mit *G. Diedrich*[53]) angestellt hatte, aus Blut, Leber, Lunge und Nieren mit Morphin vergifteter Hunde eine Substanz dargestellt haben, die mit dem von *Polstorf*[54]) untersuchten Oxydimorphin übereinstimmte, das sich aus Morphin, resp. dessen Hydrochlorid in alkalisch-wässeriger Lösung unter dem Einfluss des atmosphärischen Sauerstoffs leicht bildet und daher bei chronischer Morphinvergiftung vor allem im Kreislauf der Lungen die günstigsten Bedingungen zu seiner Bildung fände. Das Oxydimorphin, das niemals Narkose bewirke und durch Harn und Fäces eliminirt werde, sollte allmählich in kleinen Dosen injicirt, bei Thieren ausgesprochene Abstinenzerscheinungen bewirken, und es sollte gelingen, dieselben durch die Einspritzung einer mittleren Gabe Morphins, ähnlich wie beim Menschen in der Abstinenzperiode, zum Verschwinden zu bringen.

Schon *Donath*[55]) hatte jedoch darauf aufmerksam gemacht, dass die *Froehde*'sche Reaction auf Morphin und Oxydimorphin gleich ausfalle, und wie noch heute unsere Kenntnis von den Oxydationsproducten des Morphins beschaffen ist, können Sie aus den Eingangsworten *L. Knorr's*[56]), eines Hauptarbeiters auf diesem schwierigen Gebiete, zu einer von ihm gemeinsam mit *Fritz Asch* jüngst verfertigten Arbeit: „Ueber Oxydationsproducte des Codeins" entnehmen.

Es heisst dort: „Das Morphin ist als Phenol gegen Oxydationsmittel ausserordentlich empfindlich und liefert Oxydationsproducte, die zu weiteren Untersuchungen wenig einladen, so dass die zahlreichen Versuche, welche wir ausgeführt haben, die verschiedenen Oxydationsmethoden zur Aufklärung der Morphinconstitution heranzuziehen, bisher ganz erfolglos geblieben sind."

Je enthusiastischer man die Oxydimorphintheorie als Lösung des Räthsels anfänglich begrüsst hatte, um so unheimlicher war die Stille, welche seit Jahrzehnten die ganze Frage nach der Umwandlung des Morphins im Organismus eingehüllt hat, und der Fortschritt unserer Erkenntnis auf diesem Gebiet gerieth ins Stocken.

Die Angelegenheit wurde mit einer Arbeit von *Edwin S. Faust*[57]) „Ueber die Ursachen der Gewöhnung an Morphin" wieder in Fluss gebracht. Da *Harrington* nochmals nachgewiesen hatte, dass die während eines Monats gesammelte Harnmenge einer Morphinistin, welche täglich 1 Grm. subcutan nahm, weder das Morphium hydrochlor. in Substanz, noch dessen Umwandlungsproducte enthielt, glaubte *Faust*, dass er den Harn gänzlich unberücksichtigt lassen könne.

Nach *Tauber's* 1890 publicirter Methode zur quantitativen Bestimmung des Morphins vorgehend, gelangte er zu den Resultaten, dass er bei acuter Vergiftung über $^4/_5$ der injicirten Menge im Verdauungstractus fand. Bei chronischer Vergiftung, die bei Hunden herzustellen leichter gelingt, weil sie an steigende Dosen sich gewöhnen, wurden nach 21tägigen Injectionen und während das Thier in den letzten drei Tagen 1·5 Grm. erhalten hatte, 0·3022 = 26·5% Morphin im während dieser 3 Tage gesammelten Koth wieder gefunden. Bei bedeutend grösseren Dosen, deren rasche Steigerung den Tod des Hundes herbeiführten, 7·85% und $4^1/_2$%, also bedeutend weniger. In der Leber, Niere, Milz, im Magen, in der Darmwand war kein Morphium vorhanden, nur einmal Albuminurie, niemals Glykosurie.

Das auffallendste Ergebnis aber der *Faust*'schen Untersuchungen war, dass nach lange Zeit fortgesetzten Injectionen auch im Koth kein Morphin sich mehr nachweisen liess. *Faust* schliesst daraus, dass es sich beim Morphinismus nicht handeln könne um eine Gewöhnung der Gewebe an das Morphium, um eine Abstumpfung der Gewebe gegenüber der Morphinwirkung, sondern um eine sich immer steigernde Fähigkeit des Organismus, das Morphium zu zerstören.

Wo ein Gift der Zersetzung überhaupt nicht unterliegt, wie die Oxalsäure, deren gesammte eingeführte Menge wieder ausgeschieden wird, könne der Organismus keine neuen Factoren schaffen, um das Gift zu zerstören und er könne daran sich nicht gewöhnen.

In der vor einigen Wochen erschienenen, bereits citirten Publication von *Cloëtta*[18]) in Zürich sind die Resultate mehrjähriger Arbeit über Morphium mit einer Fülle wichtiger Einzelheiten mitgetheilt worden, welche dieser bewundernswerth ausdauernde und scharfsinnige Forscher gewonnen hat. Bei dem Untersuchungsgang sind alle Möglichkeiten berücksichtigt, wie das Morphium im Organismus im weitesten Sinne verändert werden könne, durch Oxydation, durch Fermentwirkung und Autolyse, wie die einzelnen Organe, Gehirn, Leber, Lunge, Muskeln, daran betheiligt sein können, worin beim chronischen Gebrauch, der länger als ein Jahr ausgedehnt wurde, die Angewöhnung bestehe, ob z. B. Phagocytose der weissen Blutkörperchen dabei wirksam sei, wie *Besredka* bei der Immunisirung gegen As gefunden hat, ob Receptorenschwund innerhalb der Zellen vorläge, die es sonst aufnehmen, oder ob die alte Anschauung gelte, dass durch Angewöhnung an den Reiz Immunisirung und dadurch keine Functionsstörung stattfände.

Ich kann nur kurz die Resultate der vielen mühevollen Untersuchungen geben: Bei acuter Vergiftung fand *Cloëtta*, dass das Gehirn aus dem Blutplasma das Morphium an sich reisst und dass es mit dessen Fettsubstanzen eine sehr feste Bindung eingeht, welche einerseits die starke Functionsstörung der Gehirnzellen, andererseits eine Zerstörung des Morphiummoleküls zur Folge hat. Der nicht gebundene Teil des Morphiums wird anderwärts im Körper zersetzt und ausgeschieden. Bei der Zersetzung spielen die oxydativen Processe wohl die Hauptrolle; eine Fermentwirkung ist ausgeschlossen, denn Erhitzen auf 56° und Erfrierungen ändern am Bindungsvermögen des Hirns für das Morphin nichts.

Bei chronischem Morphiumgebrauch ergab sich, in Uebereinstimmung mit *Faust*, dass 48 Stunden nach der letzten Injection, bei seit 8 Monaten an Morphin gewöhnten Thieren dasselbe aus deren Körpern verschwunden war. Ungeachtet sich aber *Cloëtta* weiter zeigte, dass die Organe, und von diesen in erster Linie das Gehirn, im Verlauf der chronischen Morphinvergiftung die Fähigkeit gewinnen, das Morphium in höherem Grade zu zersetzen, so kommt er doch zu dem Schluss, dass für das Auftreten der Immunität bei Morphinisten dieser Umstand keine Bedeutung habe (l. c. pag. 479). Es sei auszuschliessen, dass das Wesen der Angewöhnung in innigem und causalem Zusammenhang mit der Zersetzung steht, weil trotz erworbener Immunität durch Angewöhnung für sonst letale Dosen, bei der Analyse ganzer Cadaver an Morphin gewöhnter Thiere, die nach der letzten Injection auf restirendes Gift unter-

sucht wurden, keine stärkere Zerstörung des Morphiums nachzuweisen ist (ibidem pag. 472).*

Es hat sich überhaupt irgend welche Schutzmaassregel im Organismus der chronisch vergifteten Thiere nicht nachweisen lassen. Wie *Cloëtta* am Schluss seiner Arbeit ausführt, scheint es sich um eine allmähliche Angewöhnung des Protoplasma an die Giftwirkung zu handeln, besonders der hierfür mit lebhaftem Absorptionsvermögen ausgestatteten Hirnzellen. Die Angewöhnung tritt rasch ein und verliert sich auch rasch. Denn schon ein freies Intervall von 2 Tagen genügt bei immunisirten Ratten und Tauben, um sie wieder für die Morphinwirkung bedeutend empfindlicher zu machen. *Cloëtta* ist der Meinung, dass bei der grossen Bindungsfähigkeit, die das Gehirn normaler Weise für das Morphin besitzt, man auch annehmen müsse, dass mit der Gewöhnung auch die Bindungsfähigkeit zunehme und dass das Morphin aufhöre, für die Hirnlipoide ein fremder Bestandtheil zu sein. Die also vermehrte Verankerungsfähigkeit und die erhöhte Kraft zur Zerstörung des Giftes, welche als Folge davon das Gehirn gewänne, bedinge wahrscheinlich sogar ein gewisses Bedürfnis der Zellen nach diesem Stoff. Die Entziehung bedeute deshalb auch einen Ausfall in der täglichen Function des Organs.

So müssen wir also zur alten Anschauung von der Angewöhnung zurückkehren. Soviel Wichtiges *Cloëtta's* Versuche uns auch gelehrt haben, die Kernfrage, worin die Angewöhnung, die Immunität bei chronischem Morphingebrauch besteht, bleibt vorläufig ungelöst. Denn wenn wir auch sagen, die Receptoren der Hirnzellen für das Gift hätten zugenommen, oder, da ihre Reizempfänglichkeit sich vermindert hat, die toxophore Gruppe des Morphins für die Hirnzellen habe abgenommen, so sind dies lediglich hypothetische Umschreibungen der in ihren Einzelheiten uns längst bekannten Angewöhnung.

Eine naheliegende Frage, deren Beantwortung vielleicht eher gelingt, ist diese: Wenn die Magenschleimhaut einen Theil, sei es die Hälfte oder

---

* Die Meinung eines Forschers, wie *Cloëtta*, muss, zumal bei solcher Arbeit, unter allen Umständen respectirt werden. Er hat das Recht, Resultate auch aus dem Allgemeineindruck, aus der Summe seiner Versuche zu ziehen. Für den Leser aber, der den bisherigen einzigen Anhalt für die Erklärung der Gewöhnung, nämlich die gewonnene stärkere Zerstörungskraft des Organismus, aufgeben soll, hält es recht schwer, ihm darin zu folgen. Besonders angesichts so schlagender Versuche wie 16 und 49.

In Versuch 16 wurde ein normales Kaninchen durch Verbluten getödtet, Gehirn und Leber fein zermahlen, mit NaCl aufgeschwemmt und 15 Minuten nach der Tödtung des Thieres in ein Wasserbad von 39° C. gethan. Zur Leber wurden 0·2 Grm., zum Gehirn 0·1 Grm. Morph. mur. zugesetzt. Die Lösung wurde dann, stetig umgeschüttelt, 4 Stunden lang in einem schwachen Sauerstoffstrom gehalten. Nach Abbruch des Versuchs wurde sie sofort unter Säurezusatz aufgekocht. Die Analyse ergab im Gehirn 0·056%, in der Leber 0·14%, in Summa 70% wiedergefundenes Morphin. Im Versuch 49 wurde ein seit 14 Monaten immunisirtes Kaninchen, das monatelang zuvor täglich 0·3 Grm. Morphin erhalten hatte, auf dieselbe Weise getödtet, Hirn und Leber in ganz gleicher Weise behandelt, aber jedem Organ je 1 Grm. Morphin zugesetzt, und es ergab die Analyse: Im Gehirn gar kein Morphin, in der Leber quantitativ nicht zu bestimmende Mengen, circa 4—6 Mgrm. Angesichts so grosser, in die Augen fallender Differenzen möchte es scheinen, als bedeute der Umstand doch nicht so viel, dass bei den durch Gewöhnung immunisirten Thieren in toto nicht mehr Morphin zerstört wird, als bei nicht immunisirten. *Cloëtta* selber hat eruirt, dass auch bei chronischem Gebrauch des Giftes dessen Zersetzung vorwiegend durch Oxydation erfolgt, und wir wissen aus der angezogenen Aeusserung *L. Knorr's*, wie wenig fassbar die Oxydationsproducte des Morphiums sind.

ein Drittel des eingespritzten Morphins durch den Magen ausscheidet, wie kommt es, dass der Organismus sich nicht schnellstens vergiftet, da doch der Morphinist fortgesetzt sich Injectionen macht, diese immer aufs Neue im Magen ausgeschieden werden, dabei die Peristaltik träg, Stuhlverstopfung gewöhnlich ist, und da die Resorption, wie die mit schönstem Erfolg benutzten Stuhlzäpfchen beweisen, noch im Rectum besorgt werden kann?

Man könnte daran denken, und ist fast zu solcher Annahme gezwungen, dass das im Magen ausgeschiedene Morphin vielleicht nicht das injicirte, sondern dass es durch Umsetzung seiner Atome in eine isomere Verbindung übergeführt und, obgleich es chemisch sich als gewöhnliches Morphin gibt, doch ein anderes physiologisch geworden ist. Der physiologische Versuch würde die Entscheidung fördern. Die Beobachtung *Hitzig's*, dass das Erbrochene eines Hundes, dem er Morphin injicirt hatte, einem anderen, der es frass, gleichfalls Brechen verursachte, ist dazu nicht ausreichend.

Der Chemiker *Baumert*, der das im Magen ausgeschiedene Morphin der *Alt*'schen Hunde untersuchte und bestimmte, bezeichnete es vorsichtiger Weise als morphinähnlich.[58])

Es ist schon auffallend, dass ein Hund das intensiv bittere Morphin, falls es solches war, ohne Anstand mit dem Erbrochenen aufleckte. Erst wenn durch ein solches, durch die Magenschleimhaut nach Injection wieder ausgeschiedenes Morphin einem anderen Wesen Schlaf, Analgesie, Blutdruckerniedrigung, Athemverminderung verursacht würde, kurz, wenn es alle die Wirkungen entfaltete, wie ein rechtes, echtes Morphium, so würde ich es dafür nehmen, da es doch gleiche chemische Reaction zu haben scheint.

Die Besprechung der gewöhnlichen chemischen Reactionen auf Morphin dürfen wir hier wohl übergehen. Nur so viel sei gesagt, dass die feinsten nicht unzweideutig und die unzweideutigen nicht scharf genug sind. Z. B. verlangt die schön königsblaue Reaction mit neutralem $Fe_2 Cl_6$, dass weder im Alkaloid noch im Reagens ein Ueberschuss an freier Säure sei, und sie ist doch nicht fein genug, während die feine Reaction mit Jodsäure (1 : 10·000) auch auf Eiweiss, Gerbsäure, Ptomaine und noch andere Stoffe reagirt. Das gleich feine *Fröhde*'sche Reagens, womit auch *Cloëtta* gearbeitet hat, hat auch er für seine Zwecke erst modificiren müssen.

Es ist schwer auszumachen, woran es liegt, dass ganz entgegengesetzte Resultate, z. B. im Urin, von Chemikern erhalten wurden, die man als gleich tüchtig ansehen möchte.

Von den sonstigen abnormen Bestandtheilen, die sich bei Morphinisten im Harn unter Umständen finden, handeln wir besser später, ebenfalls wollen wir Lähmungs- und Krampfzustände und die Veränderung in der Function der Generationsorgane in der Symptomatologie besprechen.

Meine Herren! Die Resultate der physiologischen Untersuchungen über den Morphinismus, welche zahlreiche Forscher betrieben, sind keine imponirenden. Vergegenwärtigen wir uns dieselben noch einmal kurz, ehe wir fortfahren:

Das Morphium entfaltet seine Hauptwirkung im Nervensystem, und zwar vorwiegend, wo das chemische Bindungsvermögen für dasselbe am stärksten ist, auf die grauen Massen, dort wo die Empfindungen hingelangen und die Reflexe ausgelöst werden. Es beeinflusst die Athmung

und vermindert die Athemgrösse schon in kleinen Dosen. Aber es tonisirt in kleinen Dosen Herz wie Gehirn, setzt dagegen in grösseren den Blutdruck herab. Es erregt in kleinen Dosen zuerst vorübergehend Magen und Darm und fördert Motilität und Magensaftsecretion, dann setzt es den Digestionstractus zur Ruhe. Es kommt zu einem beträchtlichen Theil durch die Magenschleimhaut zur Ausscheidung, nicht, ausser bei sehr grossen, toxischen Dosen, durch den Urin. Bei längerem Gebrauch verschwindet es auch aus dem Verdauungscanal und lässt sich weder dort, noch sonst irgendwo im Körper nachweisen, und wir wissen nicht, wie es sich verwandelt hat, und wo es geblieben ist.

Zwei Punkte habe ich als Correlate des Vorgetragenen noch hervorzuheben:

1. dass kleine Dosen mit ihrer tonisirenden, sodann beruhigenden Wirkung höchstens bis zum Beginn des oben schematisch angenommenen zweiten Stadiums reichen, also bis zum Schlafeintritt, wobei Puls und Respiration, wie beim Schlafen geschieht, ruhig und gleichmässig werden;

2. dass das Gesetz der Angewöhnung, welches die ganze organische Natur beherrscht und das bei mit Nerven ausgestatteten Geschöpfen besonders stark ausgeprägt ist, laut welchem Reize, welche sich wiederholen, abstumpfen, so dass zu einer beabsichtigten gleichen Wirkung alsdann stärkere Reize wie vorher, oder modificirte Reize nothwendig werden, natürlich erst recht für Morphinwirkung gilt. Dieser Satz steht nicht, wie es den Anschein hat, im Gegensatz zur *Faust*'schen Ansicht, dass der Körper sich nicht an Morphium gewöhne, sondern eine gesteigerte Fähigkeit gewinne, sich desselben zu erwehren. *Faust* meint: die Fähigkeit des Organismus zum Kampf gegen das Gift; wir: die Möglichkeit, eine bestimmte Wirkung durch das Gift zu erzielen. Wir gewöhnen uns an adäquate und angenehme Reize leichter als an unangenehme, differente. Bei Morphinisten üben daher erst grössere Dosen dieselben tonisirenden Wirkungen aus, als bei gesunden Menschen, oder bei ihnen früher kleine Gaben thaten.

* * *

Meine Herren! Die Symptome des Morphinismus bieten ein sehr gemischtes Bild. Sie setzen sich zusammen aus der physiologischen Wirkung des Morphins in kleineren Dosen, womit ja begonnen wird, also seinen tonisirenden Effecten, aus den durch den Missbrauch desselben erzeugten Vergiftungserscheinungen und den Reactionen des Organismus dagegen, und aus Entziehungssymptomen, welche häufig auch spontan auftreten. Dazu kommen diejenigen Entziehungssymptome, welche wir willkürlich herbeiführen, um den Kranken vom gewohnheitsmässigen Gebrauch des Alkaloids und seiner gefährlichen Neigung dazu abzubringen, endlich sein Verhalten nach durchgesetzter Entwöhnung.

Ueber all das müssen wir sprechen.

Die tonischen Wirkungen bestehen in den auch experimentell festgestellten des sogenannten ersten Stadiums bis zur Erzielung des Schlafes.

Nachdem geringes Unbehagen, Schwindel, leichte Uebelkeit, das bei manchen Personen auftritt, überwunden ist, stellt nach der Injection sich ein Gefühl von Wärme ein unter manchmal ganz specifischen Empfindungen in einzelnen Körpertheilen, die oft bleibend, idiosynkrasisch verharren,

woran erkannt wird, dass wirklich Morphin und kein anderer Stoff die Blutbahn betreten habe. Es ist dies ein leicht bitterer oder saurer Geschmack im Munde[59]), ein angenehmes Dröhnen und Ziehen im Körper, Jucken der Nase, geringes Belegt- und Tieferwerden der Stimme, Gurren im Magen und Appetitempfindung. Mit solchen parästhetischen Empfindungen steht das Morphin nicht allein. Nach dem Einnehmen von Antipyrin fühlen manche Personen, wie sie mir berichteten, charakteristisches Prickeln an allen Orificien, zuerst am Gaumen und Zäpfchen, sodann am Orificium urethrae et ani und zuletzt in den Ohren.

Beim Morphin macht das Gefühl der Erleichterung, der Ruhe und Behaglichkeit, selbst heiterer Zufriedenheit alsbald sich geltend. Unter Röthung des Gesichts, geringem Schweiss, angenehmer Muskelerschlaffung werden die Kranken lebhafter, redseliger und liebenswürdiger. Ueberschwänglich sind die Ausdrücke vieler späteren Morphinisten für diese erste Zeit ihres Genusses, ihrer Morphinflitterwochen, wie man es genannt hat, und sie ist von verschiedenen Autoren danach zu schön geschildert worden. Die Kranken erklären, erst dann zu leben, für alles Interesse zu bekommen und alles in lebhafteren Farben zu sehen, so dass sie nun erst ein menschliches Dasein zu führen, den ganzen Werth des Lebens zu erkennen vermeinen, indem sie befähigt werden, zu denken und sich geistig zu concentriren. Wenn früher der Gedankenablauf träg stockte, so wird er jetzt leicht beschwingt, und die Phantasie beschäftigt sich, wie *Homer*[60]) von dem φάρμακον νηπενθές aus Egypten rühmt, das wahrscheinlich Opium gewesen ist, „aller Uebel vergessend", mit angenehmen Bildern. Wenn dies Gefühl wiedererwachter Kraft auch ein Scheingefühl ist, so hat es doch bedeutende Männer zu Leistungen befähigt, deren Werth nicht unter ihren früheren standen. Es ist auch gar nicht zu leugnen, dass selbst minder bedeutende Männer, welche der Ideen ermangelten, unter dem Einfluss des Morphins Arbeiten vollbrachten, die ideenreicher, flüssiger ausfielen und gleichsam über ihrer Naturanlage standen.

Die geschilderte tonische Wirkung, welche von den kleineren Dosen abhängt, die anregend auf Gehirn, auf Herzaction und auf die Verdauung wirken, welche der Morphinist erstrebt, verlangt aber, nachdem sie verflogen ist, zufolge dem Gesetz der Gewöhnung, nach immer grösseren Dosen. Dem entgehen auch die widerstandsfähigen Naturen nicht, welche monate- und jahrelang arbeitsfähig bleiben, wobei es mehr auf die Kraft des Individuums, als auf die Höhe der Gaben anzukommen scheint. Es geht allen Morphinisten mit ihrem Nervensystem wie jemand, der eine elastische Saite überdehnt; er muss, um den gleichen Effect wie früher zu erzielen, immer schärfer anschrauben, weil sie den ursprünglichen Elasticitätsgrad nicht mehr wieder erlangt. So wird denn mehr und immer häufiger Morphin eingespritzt, so lange es geht.

Es geht aber in den meisten Fällen nicht lange, denn es machen die toxischen Wirkungen sich geltend. Der Tag der Abrechnung kommt, und es beginnt jenes tragikomische Spiel, wobei, nach *Constantin Schmidt's* Ausdruck, der Teufel lacht. Je krampfhafter der Morphinist auf der Dosenleiter in die Höhe klettert, um so tiefer stürzt er herab, um so tiefer sinkt das Niveau seines Befindens.

Die Leiden betreffen von der Haut an jedes Organ, das Nervensystem jedoch in bevorzugtem Maasse. Wenn früher durch die Ein-

spritzungen auf angenehmes Schwitzen Erschlaffung und Schlaf folgten, so bleibt die Haut jetzt meist trocken, verliert ihren Turgor, schilfert ab, wird fahl, gelbgrau, so dass die Kranken, zumal sie abmagern und faltig werden und ihr Blick matt ist, älter erscheinen als ihre Jahre bedingen. Zu anderen Zeiten brechen bald local, z. B. auf einer Körperseite (Hemihidrosis), bald allgemein, Schweisse aus. Letztere sind oft schon bei geringen Körperanstrengungen überreichlich, so dass sie schwer belästigen und schwächen. Das Auftreten von ekzematösen, pustulösen Ausschlägen, am häufigsten von Urticaria, von Acne, Herpes Zoster, Furunkeln ist beobachtet worden, sowie ein frühzeitiges, locales und allgemeines Ergrauen der Haare, Ausfallen der Zähne, Absplittern der Nägel. Am häufigsten und beschwerlichsten sind die Hautinfiltrationen und Abscesse, welche durch nicht sorgfältige starke Injectionen die Morphinisten selber verschulden. Statt stramm die Hautfalte anzuziehen und an deren Basis, wie wir es thun, ein wenig parallel zur Hautoberfläche einzuspritzen, stechen sie endermatisch ein aus Furcht, sich wehe zu thun oder schiessen über das Ziel hinaus, indem sie bis in die Muskeln vordringen und dort entladen. Die irgend grössere Quantitäten gebrauchen, lassen die Spritze stecken und injiciren 3—4 und mehr Spritzen an derselben Stelle, wodurch eine starke Spannung des Unterhautgewebes und zweifellos eine Zerreissung des Zellenzusammenhanges bewirkt wird. Wenn nun die Spritze nicht streng aseptisch gehalten wird, so sind kleine und grosse Abscesse, bis zur Apfelgrösse, und Narben die Folge. Blutungen, tagelang andauernde Schwellungen, Verfärbungen der Haut und lederartige Verdickungen können, auch ohne Eiterung, bei der beschriebenen Art der Injection erfolgen.

Der Puls, der beweglichste und treueste Zeiger unseres Befindens, wechselt, je nachdem das Morphin wirkt, von dem der Kranke nunmehr völlig abhängt. Meist ist er beschleunigt, und es sind Klagen über heftiges Herzklopfen, Beklemmung und Angst gewöhnlich, zuweilen ist er arhythmisch und ungleich. Dass der Blutdruck absinkt, der Puls also kleiner und weicher werden muss, haben wir bereits ausgeführt. Zum Theil auf die schwächere unregelmässige Circulation, zum Theil auf die allgemein verschlechterte Constitution, vielleicht auch auf die Einwirkung des Morphins auf die peripher gelegenen, die Gefässe regulirenden Ganglien mögen die localen Oedeme zurückzuführen sein, die man im Gesicht, an den Knöcheln, sehr selten einmal auch an der Vorhaut der Morphinisten sieht.

Der Morphinist fröstelt meist, zu anderen Zeiten klagt er über Gefühl von Hitze, das er dann meist längs des Rückgrates localisirt. Objectiv lässt ein Absinken der Temperatur oder ein Ansteigen, trotzdem *Gottlieb*[61]) bei Kaninchen durch nicht narkotisirende Gaben solche erzielt hat, sich nicht nachweisen. Wo wirklich Fieber vorhanden ist, ist es fast immer durch Complicationen bedingt. *E. Levinstein*[62]) hat eine „Febris intermittens der Morphiumsucht" geschildert, die bei besonders neuropathisch veranlagten Morphinisten in leichterer und schwererer Form als Febris erratica, als quotidiana und tertiana mit Paroxysmen von 4—10 Stunden Dauer auftritt. Diese Febris intermittens ist von anderen Autoren in Abrede gestellt worden. Ich habe Fieber in so umschriebener, intermittirender, bestimmter Form wie *E. Levinstein* nicht gesehen. Allein es kommen ohne nachweisbare complicirende Erkrankungen bei ihnen leichte fieberhafte Zustände mit Kältegefühl und Schweissausbrüchen, mit nervöser Unruhe, Uebelkeit

und Diarrhoen vor, wobei die Temperatur, genau wie *E. Levinstein* beschreibt, wenig über 38° ansteigt. Ich habe sie bei diesen Kranken, welche fast nur in der Privatpraxis zur Beobachtung kommen, als Zeichen der Sättigung des Organismus mit Morphin angesehen und gleichsam als „Selbstentziehung" aufgefasst, weil grössere Dosen Morphins nichts halfen, bis die Diarrhoen eine Zeit lang, etwa einen Tag, angedauert hatten, wo dann eine kleinere Dosis das Befinden gegen die Phase vor dem Fieber bedeutend verbesserte, und weil endlich das ganze Krankheitsbild lebhaft an die Symptome der Entziehung erinnerte.

Von dem physiologisch festgestellten herabmindernden Einfluss des Morphins auf die Athmung ist bei den Kranken höchstens bei sehr starken Dosen, sonst wenig zu bemerken, selbst während des Schlafes nicht, der sie unbesiegbar zu ungelegener Zeit oft plötzlich überfällt, während sie ihn zur Nachtzeit häufig vergeblich herbeisehnen. Der quälende Durst, der sie fast ausnahmslos plagt, ist wohl Folge gestörter Secretion und des Schweisses. *Guinard*[63]) hat bei seinen Thierexperimenten durch Morphium Verstärkung der Schweiss- und Speichelabsonderung erzielt, und zwar war das Verhalten, die Vermehrung des Schweisses wie beim Menschen, bei den Einhufern Pferd und Esel, während beim Rind, Ziege, Schaf, Schwein und Katze blos die Speichelabsonderung sich vermehrte. Er glaubt diese Erscheinungen auf centrale Einflüsse im Nervensystem zurückführen zu müssen.[64])

Speichelfluss wird durch Morphiumgenuss beim Menschen nicht erzeugt. Im Gegentheil, es klagen die Kranken ganz gewöhnlich über grosse Trockenheit im Munde. Viele rauchen mit Leidenschaft, namentlich Cigaretten, deren zuweilen mit Opium geschwängertes Aroma ihnen besonders wohlgefällig ist und deren beissender Geschmack ihre Gefühls- und Geschmacksabstumpfung überwindet.

Denn der Morphinist verliert wegen der Geschmacksabstumpfung den Appetit, und ebenfalls weil Absonderung und Peristaltik des Magens gestört ist. Er wird von Brechneigung geplagt. Er verabscheut die einfache und natürliche Kost, namentlich Fleischgerichte, und begehrt nach pikanten Speisen, nach Süssigkeiten. Treffend beschreibt *E. Levinstein* die Unregelmässigkeiten des Appetits dieser Kranken, wie plötzlich Heisshunger sie befällt und schon nach wenigen Bissen gestillt ist, wie sie vor Hunger in der Nacht mit Nagen in der Magengegend erwachen, und wenn sie essen sollen, Widerwillen und Ekel empfinden. Fast immer besteht hartnäckige Verstopfung, und der Urin wird mühsam und krampfig entleert.

Es ist mehr als zweifelhaft, ob die ganze Reihenfolge auftretender Innervationsstörungen, wie dies z. B. bei Blase und Darm viele Autoren annehmen, lediglich als unvollständige Lähmungen dieser Organe aufzufassen sind. Es scheint mir vielmehr durch das Morphium allenthalben die Regulirung des Organismus durch die Nerven gestört, gleichsam anders und falsch eingestellt. Deshalb wechseln regellos Krampf- und Lähmungszustände, Hyperämien, Stockungen, Blässe, Erröthen, Durst, alles regellos und zur Unzeit. Bei der Blase ist es nicht sowohl die Parese des Detrusor, als der Krampf des Sphincter, welcher das Unvermögen ordentlicher Entleerung bewirkt. Man fühlt bei der Einführung des Katheters diesen Widerstand, und nach Ueberwindung desselben wird, bei erfolgtem Eintritt des Instrumentes in die Blase, der Harn im kräftigen Strahle entleert. So mag auch die Verstopfung wohl zum Theil auf die

krampfhafte Contraction der Darmmuskulatur zurückzuführen sein, wobei die mangelhaftere Absonderung der drüsigen Organe unter dem Einfluss des Morphins ausserdem in Betracht kommt.

Die meist paretische Schlaffheit der willkürlichen Muskulatur im Allgemeinen, bei zuweilen krampfiger Zusammenziehung einzelner Muskeln, kann Ataxie vortäuschen. Auch die unwillkürlichen Muskeln, und von diesen gewöhnlich die Iris, sind krampfig contrahirt. Von anderen Augenstörungen kommt vorübergehende Diplopie bei extremer Blickrichtung vor, ferner Störung der Accommodation, indem der Fernpunkt heranrückt, so dass für sie wenig Spielraum bleibt und Myopie eintritt *(v. Gräfe)*. Die bei Morphinisten so häufig anzutreffende Verengerung der Pupille, bei unausgiebiger Reaction, wird am besten durch die Reizung des Oculomotorius erklärt, welche den gleichfalls gereizten Sympathicus, den Dilatatornerven, übertrumpft. Dass aber auch der Sympathicus durch Morphium gereizt, nicht gelähmt wird, müssen wir deswegen schliessen, weil unter dem Einfluss des Morphins Contraction der gleichfalls unter sympathischer Innervation stehenden Gefässmuskulatur stattfindet.

Obgleich nach *Rosenthal*[65]) die Sensibilität je nach den verabreichten Gaben von Morphin ein wechselndes Verhalten bietet, so dass z. B. Gaben von 0·03—0·06 Grm., täglich durch mehrere Wochen genommen, neben psychischer und geschlechtlicher Erregtheit Verschärfung der Tastempfindlichkeit bewirken, so ist sie doch bei Morphinisten, im Ganzen genommen, abgestumpft. Neuralgiforme Schmerzen, nicht Neuralgien, wie in Blase und Mastdarm, werden durch Krämpfe in diesen Organen bedingt.

Sicher ist die Reflexerregbarkeit herabgesetzt, mit Ausnahme der tiefen Sehnenreflexe, namentlich des Patellarreflexes, den man häufig erhöht, aber ebenso oft ungeändert findet. Ist er weggefallen, so besteht Verdacht auf Tabes oder eine andere dies verursachende Krankheit, weil Neuritis, durch Morphinmissbrauch entstanden, noch nicht beobachtet zu sein scheint, obgleich sie bei Morphinisten natürlich, wie bei anderen Menschen, aus anderen Ursachen, z. B. durch Trunk, Erkältung etc., vorkommen kann. So lange die Morphinisten fleissig spritzen, ist Gähnen und Niesen, besonders letzteres völlig aufgehoben, oder bei Einzelnen nur durch gröbere Reize der Schleimhaut auszulösen. Ebenso fehlt meist das Erblassen oder Erröthen, soweit es als psychischer Reflex erfolgt, oder es geschieht beides erst auf stärkere Reize.

Eine allgemein beobachtete Erscheinung ist die Impotenz bei Männern. Ich habe auch hier zu betonen, dass, wenn *Erlenmeyer* meist in einer gewissen Reihenfolge den Fortfall der einzelnen Potenzfactoren annimmt und sagen möchte, dass zuerst die Libido, dann die Erectionen, zuletzt erst die Spermabereitung erlischt, ich meinerseits, obgleich ich über diese Reihenfolge keine specielle Erfahrung gesammelt habe, doch glauben möchte, es ist die allgemein beobachtete Störung der Reflexerregbarkeit und die Gefühlsabstumpfung auch hier, bei der Impotenz, mehr als das behauptete Erlöschen der Spermasecretion in Rechnung zu ziehen. Jedenfalls kann dieselbe tiefere Ursachen, Atrophie der den Samen bereitenden Drüsen, nicht haben, wenn auch in einzelnen Fällen *M. Rosenthal* Azoospermie nachgewiesen hat. Sonst könnte sie nach der Entziehung nicht so schnell, und oft bis zur Hyperpotenz, sich wieder herstellen.

Einen vorgeschrittenen Morphinisten würde ich für impotent halten, und wenn er noch so sehr mit seiner Manneskraft renommirt.

Bei Frauen führt der stärkere Morphingenuss dysmenorrhoische Beschwerden, Unregelmässigkeiten und Ausbleiben der Menses herbei. In letzterem Falle kann Conception natürlich überhaupt nicht stattfinden. Wenn sie in anderen geschieht, so kommt es oft zur Abortirung, oder die schwächlich geborenen Kinder sterben frühzeitig, oder sie tragen, wenn sie wirklich überleben, traurige Spuren der vergifteten Keimstoffe, aus denen sie gebildet wurden, und der mangelhaften Ernährung im Mutterleibe mit sich herum. Während des Morphinmissbrauches erzeugte Kinder, die zu gesunden, kräftigen Menschen auswüchsen, dürften wohl kaum vorkommen.

So gewichtig die Reihe krankhafter Symptome sind, die wir behandelt haben, sie treten fast zurück vor denen, welche das Geistes- und Gemüthsleben betreffen und die ganze Persönlichkeit der Morphinisten verändern. Bald ist alles Verlangen, aller Wille nur auf den Morphingenuss, auf rechtzeitige Injection gerichtet, jede Fiber in ihnen zittert danach, und es gibt keine Rücksicht, welche sie nehmen und ihrem Verlangen danach voranstellen. Ein sehr angesehener Arzt verliess im entscheidenden Moment, da er ein Gutachten abgeben sollte, ohne Entschuldigung den Gerichtssaal, um sich Injectionen zu machen, und als er nach geraumer Zeit zurückkehrte, während welcher die Rechtspflege stillstand, gab er es ziemlich verworren und so unrichtig ab, dass die Richter aufmerksam wurden und den Gutachten der anderen Sachverständigen sich zuwandten, die nothgedrungen jenem widersprechen mussten. Früher oder später leidet bei grösseren Dosen und längerem Gebrauch das Gedächtnis und die Aufmerksamkeit, weniger regulär findet man auch Auffassungsfähigkeit, Association und die Fähigkeit, Eindrücke richtig zu verarbeiten, beeinträchtigt.

Es ist schwer, seelische Zustände zu schildern, die über weite Zeiträume sich verbreiten und, je nach der Individualität, verschieden ausgeprägt sind und überhaupt variiren. Ich muss mich begnügen, markante Hauptzüge herauszugreifen. Da bei manchen Morphinisten die Phantasie nebenher blühend ist, so confabuliren sie schon aus Gedächtnisschwäche und erscheinen so als unwahr, selbst als Lügner. Ihr Interesse für die Aussenwelt erlahmt, oder wird nur vorübergehend durch ein aussergewöhnliches Ereignis angefacht, sie erscheinen unfrei, weil sie in einem sie beschämenden Abhängigkeitsverhältnis zur Morphiumspritze stehen, das sie vor der Welt verheimlichen, und mit Mühen und Unterbrechungen nehmen sie die gewohnten Berufsgeschäfte wahr, froh wenn sie damit zu Ende kommen. Manche lassen sich selbst dabei auf auffallender Vernachlässigung wichtiger Angelegenheiten ertappen. Es wechselt Stimmung und Laune; meist apathisch, sind sie zu anderen Zeiten verzagt und wiederum gereizt, heftig und trotzig. Schliesslich bemächtigt sich Vieler Gleichgiltigkeit, selbst gegen ihre äussere Erscheinung, und sie vernachlässigen sich in Leibespflege und in Kleidung. Bei Anderen wieder nimmt die egoistische Fürsorge für sich zuerst die Alluren weibischer Eitelkeit an, sie verwenden viele Stunden darauf, sich mit nonchalanter Eleganz zu putzen und wenden ihre Fürsorge selbst den Instrumenten, Spritzen, Fläschchen zu, mit denen sie hantiren, welche sie aus kostbarem Metall in schönen Etuis sich beschaffen. Eine hysterische Empfindlichkeit bildet sich bei ihnen heraus und eine Verweichlichung, die sie vor jedem Entschluss zurückbeben lässt. Jede kleine Beschwerde und Unbequemlichkeit wird durch das Vergrösserungsglas gesehen und als unaushaltbar empfunden und dargestellt. Sie verlangen dann nach Abhilfe, die ihnen nur

das Morphin bringt. Gewiss werden sie, weil sie der Selbstzucht und Selbstbeherrschung ermangeln, weil die natürlichen Hemmungen im geschwächten Grossbirn der übermächtigen Sucht sich nicht erfolgreich entgegenstemmen können, zu bedauernswerth schwachen, unzuverlässigen und, im landläufigen Sinne, selbst zu unmoralischen Menschen. Frühere schlimme Anlagen, welche die Erziehung zu unterdrücken oder doch zu beherrschen gelehrt hatte, brechen wieder hervor, Kleinlichkeit, Eitelkeit, Neid, Missgunst, die zum Intriguiren und zum Verleumden verleiten. Bei Manchen tritt eine ordentliche Begierde auf, sich Genossen des Elends durch Ueberredung, oder, wenn es Aerzte sind, durch reichliche und unmässige Morphinverordnung zu verschaffen.

Energische offene Naturen, die ihre Lage erkennen, haben einen schweren Kampf zu bestehen. Ein braver College schrieb mir einmal: „Ohne Morphium kann ich nicht, und mit Morphium will ich nicht leben.“ Wirklich ist er, wie ich bei ihm und einigen anderen Fällen glaube annehmen zu müssen, absichtlich in den Tod gegangen. Im Allgemeinen aber ist Selbstmordneigung in diesem Stadium noch nicht vorhanden. Auch die Angstzustände und die hierorts ohne Complication mit Alkoholismus, Cocaingebrauch sehr selten einmal vorkommenden episodischen Verwirrtheitszustände mit Sinnestäuschungen und allgemeinen ängstlichen Verfolgungsideen führen sie nicht herbei, welche *Erlenmeyer* im Rheinlande häufiger gesehen hat und als Verrücktheit bezeichnete. Erst während der Entziehung hat man mit der Selbstmordneigung ernstlich zu rechnen.

Die meisten Kranken verharren in Willensschwäche, so dass manche z. B. tagelang um die Anstalt schleichen, in welche sie oft nach vielen Anfragen, unter falschen Namen, und nach oft unterbrochenen Verhandlungen ihre Ankunft behufs Entwöhnung bereits bestimmt hatten, ohne die Energie zum Eintritt zu gewinnen, und das trotz alles Vertrauens, welches sie sonst, bei früheren Entziehungen z. B., dem Arzt bezeugten. Sie verfallen einem körperlichen und geistigen Marasmus, wie viele Autoren übereinstimmend diesen Zustand kurz bezeichnen. Nach langjährigen Beobachtungen solcher Patienten möchte ich auf die Seite derer mich schlagen, welche annehmen, dass die Morphinisten, auch ohne anderweite Ursachen, ohne Tabes und ohne voraufgegangene Lues, allein durch den Morphinmissbrauch, zur echten Paralysis progressiva gelangen können. Dabei nehme ich die mir wohl bekannten Fälle aus, wo allgemeine motorische Schwäche, Zittern der Glieder, lallende Sprache, Starrheit der Pupillen und allgemeine Verwirrtheit einmal Paralyse, besonders bei Morphiococainisten, vortäuschen können, und wo die Diagnose dadurch noch scheinbar eine Stütze erhalten kann, dass es sich um einen Luetiker handelt, wo aber nach gelungener Entziehung alle bedenklichen Symptome, vor allem die Scheindemenz, dauernd schwinden. Ich meine also, es gibt eine reine Morphinparalyse, wie es eine Alkoholparalyse gibt, und sie hat ebenso oder noch chronischeren Verlauf.

* * *

Während der **Entziehung** schlagen viele der oben beschriebenen Erscheinungen im Ganzen in das Gegentheil um, und zwar um so heftiger, je plötzlicher das Morphin dem Körper entzogen wird. Am schnellsten

verschwinden dann die Intoxicationssymptome und nach denselben verblassen mehr oder weniger die nach langjährigem Gebrauche des Morphiums oft sehr hartnäckigen Entziehungserscheinungen. Am längsten beharren die Veränderungen der Psyche.

Auf den ersten Blick kann es sonderbar vorkommen, dass die Entziehung eines schädlichen Giftes wiederum eine eigenartige Symptomatologie verursacht, mit der wir uns zu beschäftigen haben. Allein es ist nicht schwer zu begreifen, dass die Abwesenheit eines so mächtigen, dem Organismus täglich einverleibten Reizmittels lange Zeit hindurch als Störung für das psychische wie körperliche Wohlbefinden wahrgenommen wird, und zwar ist diese Störung um so einschneidender, je länger dem Missbrauche gefröhnt wurde, und je grösser im Verhältnis zur Individualität die verwendete Dosis war. Jede Entziehung, und werde sie noch so allmählich durchgeführt, ist ein Gewaltact, gegen den, wie *E. Levinstein* in seiner bilderreichen Darstellung sich ausdrückt, der aufs Tiefste erschütterte Organismus sich aufbäumt und jeder Nerv mit der ihm eigenen Energie in Bewegung ist. Aber es macht doch einen sehr grossen Unterschied, ob, wie es früher geschah, die Entziehung plötzlich bewerkstelligt wird, oder ob allmählich. Die Therapie hat uns gelehrt, den wilden Sturm der Delirien und Hallucinationen und der stunden- und tagelang andauernden Tobsucht, der hysteriformen Krämpfe, der bedrohlichen Collapse herabzuflauen. Seit vielen Jahren sind solche Bilder, wo es nicht Morphiococainisten, Alkoholiker oder sonst schwer Nervöse nebenher galt, mir nicht mehr vorgekommen.

Die Entziehung, sobald sie dem Morphinisten fühlbar wird, zeigt sich in Unbehagen, in seelischer und körperlicher Unruhe, in rührseliger und depressiver Verstimmung, die allmählich bis zu Angstgefühlen steigt. Häufig leiten sich die Erscheinungen mit wiederholtem Gähnen, anhaltendem Niesen, Thränenträufeln und Schnupfen ein. Bald erfolgen übertriebene Klagen darüber und über die Beschwerden und Schmerzen, welche Ursache des Morphinismus vielleicht schon vor vielen Jahren wurden, über Neuralgien, Migräne, Athemnoth, Gallensteinkoliken, Magenschmerzen, Blasenschmerzen u. s. w. Es ist mir oft zweifelhaft gewesen, ob diese angeblichen Neuralgien wirklich solche gewesen sind, ob sie noch bestehen, oder ob sie nur in der Einbildung oder in der Erinnerung des Kranken existieren, aber geklagt werden in dem triebartigen Verlangen nach dem Mittel, oder ob irgend welche Empfindungen in den betreffenden Organen, stärker als anderswo auftretend, und durch das psychische Vergrösserungsglas betrachtet, vielleicht hyperästhetisch empfunden, die Klagen bedingen. In den häufigen Fällen, wo mit vollendeter Entziehung auch die Neuralgie verschwunden ist, muss eine der letzteren Alternativen angenommen werden.

Die Ungeduld der Kranken gibt sich kund in brüsken Bewegungen, in willkürlichen Zuckungen, besonders mit den Beinen, wo sie in den Schienbeinen unaushaltbare Unruhe empfinden. Es treten aber auch unwillkürliche Zuckungen im Gesicht, in den Extremitäten auf. Meist werden sie, ohnehin schon herabgekommen, derart schwach, dass sie gern das Bett aufsuchen. Allein die Unruhe lässt sie darin nicht beharren, sie wälzen sich umher. springen heraus, legen sich wieder. Bei vielen, besonders den Alkoholikern, congestionirt der Kopf, andere sind ausnehmend blass und die Gesichts-

züge verfallen, sie empfinden Kopfdruck und Kopfschmerz, nicht selten halbseitig. Ganz gewöhnlich sind objectiv Pulsbeschleunigung und Herzpalpitation festzustellen bei zunächst relativ vollerem und weicherem Puls. Ihre Klagen über Herzschlagen sind also berechtigt.

Sowie die Entziehung einigermaassen vorschreitet, brechen seitens des Magens und Darmes Erscheinungen hervor, die an die Seekrankheit erinnern und fast nie erlassen bleiben. Unter Schwindelgefühlen stossen die Kranken auf, würgen, erbrechen und entleeren unter kolikartigen Schmerzen und manchmal mit Mastdarmschmerzen reichlich diarrhoische Stühle. Diese Zustände und die fortwährende, mit Uebelkeit gepaarte gänzliche Appetitlosigkeit, zuweilen Speicheln, Durst und fast stets reichlicher allgemeiner Schweissausbruch, auch wo früher die Haut trocken gewesen war, machen selbst kräftigere und charakterfestere Patienten mürbe. Am meisten quält die Schlaflosigkeit. Nur selten kommt es einmal vor, dass die Erschöpfung einen kurzen spontanen Schlaf herbeiführt, nach dessen Weichen das alte Spiel sich wiederholt. So kann es in leichteren und Mittelfällen 1—2 Tage und länger fortgehen, bis endlich Uebelkeit und Diarrhoe nachlassen, auch ohne Beihilfe Schlaf sich einstellt und der Appetit, und damit die Anbahnung der Besserung.

Der ganze Symptomencomplex mit dem willkürlich plötzlich hervorgerufenen Beginn, der tumultuarischen Form und dem Nachlass scheint zu entstehen einerseits durch die Ausscheidung eines Giftes aus dem während der Abstinenz stärker denn früher von Lähmungs- als von Krampferscheinungen heimgesuchten Digestionstractus. Andererseits bezeugen Schwindel, Kopfschmerz, Schweiss, Muskelschwäche, Zittern, dass auch central im Gehirn eine Ursache wirksam sein muss, welche vorübergehender Natur ist. Dies kann nur eine Blutdruckschwankung sein, wie solche die Seekrankheit erzeugt. Bei der Abstinenz ist es die ziemlich plötzliche Verstärkung der infolge des längeren Morphiumgebrauches bereits vorhandenen Blutdruckerniedrigung, welche so lange anhält, bis das Centralorgan durch Befreiung vom Giftstoff, der ein Umwandlungsproduct des Morphins, nicht Morphium selber ist, die Kraft gefunden hat zu stärkerer und regelmässiger Innervirung der Gefässe und zur allgemeinen Innervation.

Weil die Morphinisten häufig sich leidlich wohl fühlen, so lange sie spritzen, bis sie durch die Entziehung elend werden, und weil sie durch Einverleibung von Morphium sich dann wieder schnell bessern, haben wir uns gewöhnt, die Abstinenzerscheinungen als etwas Gegensätzliches zu den vom chronischen Morphinismus bewirkten Symptomen anzusehen. In Wirklichkeit sind es die gleichen, nur werden letztere hintangehalten durch immer neue, für eine gewisse Zeit immer frisch tonisirende Injectionen. Sobald man daher mit dem Einspritzen von Morphium definitiv aufhört, zeigen die Erscheinungen der Vergiftung und Blutdruckerniedrigung, i. e. die chronische Morphiumvergiftung, sich in ihrer wahren Gestalt, ohne Schleier. Dass sie, wenn sie eine gewisse längere Zeit angehalten haben, selbst auf kleine Morphininjectionen weichen, lässt den Schluss zu, dass das Gift von anderer Beschaffenheit als das Morphin sein muss, wenn es auch von ihm sich herleitet. In diesem Punkte scheint mir der Beweis, der von *Erlenmeyer* durch die bereits erwähnte, sphygmographisch nachgewiesene tonische Wirkung kleiner Dosen Morphins gerade während

der Abstinenz für die Blutdrucksteigerung erbracht wurde, unzweideutig. Es ist begreiflich, dass sie im Stande ist, die Abstinenzsymptome vorübergehend zu unterdrücken. Wahrscheinlich vermag das Morphium aber auch das supponirte Gift in der Nervensubstanz, so lange es nicht selbst zersetzt ist, irgendwie zu neutralisiren, denn es lässt sich nicht die ganze Phänomenologie der Entziehung, namentlich die Besserung durch kleinere Morphineinspritzungen, blos von der Blutdruckerniedrigung ableiten, so wichtig diese auch ist.

Den zahlreichen Fällen mit leichten und mittelschweren Symptomen, welche auch dem geübten Auge sich nicht von vornherein als solche geben, weil wiederholte Entziehung bei demselben Individuum leichter abzulaufen pflegt, stehen zum Glück seltene gegenüber mit schweren Innervationsstörungen der Muskeln, mit Herzschwäche, psychischer Verwirrtheit und besonders hartnäckiger Schlaflosigkeit, die trotz aller Mittel erst nach Wochen sich besiegen lässt. Hier kommen allgemeiner Tremor, Ataxie, hysterische, sehr mannigfaltige Krampfformen bei Frauen und auch bei Männern zur Beobachtung. Die Kranken mit wirrem Haar, geröthetem, mit Schweiss übergossenem Gesicht schlagen um sich, wälzen sich umher, rollen wild die Augen oder blicken starr um sich, sprechen gar nichts; zu anderen Zeiten weinen, schluchzen sie und sprechen mit lallender Zunge.

Bei ihnen, manchmal auch schon bei Mittelfällen, treten Schielen und stets vorübergehende Lähmungen einzelner Augenmuskeln, des Rect. ext., des Obliquus super. auf. Die Pupillen erweitern sich langsam, und die Kranken werden lichtscheu, aber die Reaction verharrt noch tagelang träg. Erst wenn die Entziehung gelungen ist, und es ist dies ein sicheres Zeichen dafür bei fast allen Morphinisten, das niemals sich während des Morphingebrauches zeigt, tritt, wie ich beobachtet habe, eine überprompte Pupillenreaction auf. Diese besteht darin, dass die Reactionsgrösse, der Abstand zwischen Maximum und Minimum der Pupille wächst, während die Reactionszeit sich verkürzt, der Reactionsvorgang also schneller und ausgiebiger, daher augenfälliger abläuft. Die drei Stadien des Pupillarreflexes bei Beschattung und nachheriger Belichtung des Auges: 1. Erweiterung, 2. Zusammenschnurren, 3. der Lichtintensität entsprechend sich regulirende Einstellung auf Mittelweite, sind viel deutlicher und lebhafter, als bei demselben Individuum vorher, oder als bei Gesunden oder bei anderen Kranken. Allenfalls bei Alkoholikern nach der Entziehung und bei starken Neuropathen kann man zwar ähnliche, doch bei weitem nicht gleich lebhafte Pupillarreactionen sehen. Bei den Morphinisten hält diese überprompte Reaction eine Zeit lang, manchmal Wochen hindurch, an und verliert sich allmählich. Selten macht ein Morphinist eine Ausnahme und zeigt wenigstens an einzelnen Tagen die geschilderte überprompte Reaction nach der Entziehung nicht. Wochenlang verharren auch die bereits erwähnten Störungen der Accommodation. Während der Entziehung beobachtet man hin und wieder vorher nicht vorhanden gewesene ungleiche Pupillen, oder das Phänomen der springenden Pupillen.

Wenn die Nahrungsaufnahme während der Entziehung gering ist, Schlaflosigkeit, Diarrhoen und Agitation den Körper noch mehr in Verlust bringen, dann am ehesten, aber auch aus den Ursachen, welche wir bei

den durch Morphinismus bewirkten episodischen Geistesstörungen besprachen, nämlich durch Complicationen mit Cocain-, Alkoholmissbrauch, bei längerem Gebrauch von Chloral, Paraldehyd, das dem Alkohol am nächsten steht, und von Amylenhydrat, oder durch eine starke Veranlagung, welche bei jeder Krise Delirien setzt, kommt es vorübergehend zu acuten Geistesstörungen. Es sind zumeist Angstzustände mit Aufregung, geringere oder stärkere Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen und vereinzelten Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, welche, mehr abgerissen vorgebracht, delirienhaften Charakter tragen, nicht entfernt systematisirt sind. Die begeistertsten Anhänger der Paranoia acuta würden sie heute als solche nicht mehr zu bezeichnen wagen. Selten findet man die Kranken heiter, erotisch und einzelne Grössenideen zum Besten gebend.

Eine starke Aehnlichkeit tragen solche Delirien wegen des Tremor mit dem Delirium tremens. Dies hält jedoch länger an und geht mit tieferer Bewusstseinsstörung einher.

Es ist im Grunde einerlei, ob ein solcher Kranker diese oder jene Wahnidee äussert, ob er von der Polizei gesucht oder von Freimaurern verfolgt wird, ob er das oder jenes hallucinirt, es geschieht in allen Sinnen, und ob er darüber sich ruhiger oder laut beklagt. Alles das geht manchmal schon binnen Stunden vorüber und hinterlässt bald summarische, bald deutlichere Erinnerung.

Praktisch wichtig sind die Angstzustände mit Beklemmung und mit Sinnestäuschungen, gegen die man sehr auf der Hut sein muss, weil fast triebartig Selbstmordversuche geschehen. Ein solcher Kranker, der von Hallucinationen des Gehörs, wodurch er sich in seiner Ehre bedroht wähnte, gepeinigt wurde, schlug plötzlich mit der Faust in das Fenster, riss blitzschnell einen spitzen Glasscherben heraus und zerschnitt damit so unglücklich die grosse Halsvene, dass er durch Lufteintritt ins Herz fast augenblicklich verstarb.

Bestimmte, mit dem definirten Charakter der bekannten Krankheitsformen versehene Psychosen, etwa Manie, Melancholie oder echte Paranoia, wie bei chronischen Alkoholisten, entstehen auch durch die Entziehung oder nachher, durch dieselbe verschuldet, nicht. Wo dennoch Depression, Zwangsvorstellungen und Aehnliches der Entziehung folgt, da darf man mit Sicherheit annehmen, dass sie schon vor dem Morphingebrauch vorhanden waren, durch denselben unterdrückt und durch die Entziehung wiederum manifest wurden. Auch die allgemeine Veränderung im Charakter und Wesen der Morphinisten, die nach der Entziehung, man könnte sagen trotz derselben, jahrelang oder für immer beharrt und die Prognose so ungünstig gestaltet, ist in der Hauptsache mit der der Vergiftung identisch, und trotz manches eigenartigen Zuges, der sich hinzugesellt, wie die Immanitas beim gewaltsam nüchtern gehaltenen Potator, kann man sie doch als besondere Psychose in unserem Sinne nicht bezeichnen.

Neben der Psyche ist es die Herzfunction, welche während der Abstinenz unser Interesse in hohem Grade beansprucht wegen der Collapserscheinungen, die, sobald die Morphiumwirkung aufhört, plötzlich und unerwartet und lebenbedrohend eintreten können. Auch Collaps ist zu den Zeiten, da man plötzliche Entziehungen übte, sehr viel häufiger gewesen. Aber er fehlt auch heute nicht. Hat doch *Ball*[66]) bei einer 25jährigen Frau, die beim

Eintritt in die Behandiung 1 Grm. Morphium p. d. gebraucht hatte, als sie durch allmähliche Entziehung davon befreit war, am 42. Tage danach, trotz des Gebrauchs von Sparteïn. sulfur. noch Neigung zur Syncope beobachtet, und es ist diese Kranke am 52. Tage nach beendeter Cur, als sie von einem Spaziergang zurückkehrte, unter dyspnoischen und Collapserscheinungen plötzlich verstorben. Der im Beginn gewöhnlich frequentere und etwas vollere Puls wird bei drohendem Collaps weich, selbst dikrot oder unregelmässig, fadenförmig, aussetzend. Manchmal, wie *E. Levinstein* bemerkt, der den Collaps am besten geschildert hat, beginnt derselbe mit Vorboten und kündigt sich durch Veränderung der Stimme, durch Heiserkeit, Lallen an, oder er erscheint, wenn man die schwersten Abstinenzerscheinungen schon vorüber glaubt, unerwartet, indem der vorher in Unterhaltung begriffene Kranke mit einem Male still wird und mit Facies hippocratica, unfühlbarem Puls, tief bewusstlos umsinkt. Zuweilen hört man am Herzen dann blos Schwirren, keine distincten Töne, oder seltenen, schwachen Herzschlag. Solche Anfälle können sich wiederholen.

Bei brüsker Entziehung zeigt sich häufiger, als bei langsamer, Eiweiss im Urin — im Ganzen möchte es in etwa 15% der Fälle geschehen — als blosse Trübung und als beträchtlicher flockiger Niederschlag. Diese Ausscheidung hält Tage lang, aber auch Wochen lang an. Glykosurie, welche bei acuter Morphiumvergiftung gewöhnlich vorkommen soll, deren Vorkommen *E. Levinstein* bei dieser zuerst signalisirte, ist während der Entziehung von mir nicht gesehen worden. Wohl aber habe ich wiederholt beobachtet, dass eine durch den starken Morphingenuss völlig unterdrückte Zuckerausscheidung während der Entziehung mit einem Male sich manifestirte, und dass solche Kranke als Diabetiker mit 2—3% Zucker, bei ca. 2000 Urin und mehr, sich entpuppten. Ich habe nicht feststellen können, wie lange vorher sie solche bereits gewesen waren; sie wurden durch ihre, wie sie dachten, neue Krankheit selber überrascht. Aber ich erfuhr dann, dass sie aus diabetischen Familien stammten, und habe einen solchen Kranken als Diabetiker noch Jahre hinterher verfolgt. Bei einem Kranken fand sich neben Zucker, und an manchen Tagen abwechselnd mit ihm, eine Substanz, welche, wie ich feststellte, optisch inactiv war, nicht gohr und mit der *Trommer*'schen Probe eine zögernde, dann aber plötzlich sehr starke Reaction gab, und die ich für eine andere Zuckerart als Traubenzucker (Hexose) ansah. Ich gab den Urin an Prof. *Salkowski*, der den Zucker alsdann als Pentose bestimmte. Es war dies der erste Fall, bei dem beim Menschen Pentosurie[67]) und im thierischen Körper überhaupt Pentose aufgefunden wurde, und es hat dieser Fund hernach durch *Salkowski's*, *F. Blumenthal's* u. A. Untersuchungen eine ungeahnte Bedeutung erlangt. Häufiger findet man Harne bei Morphinisten, die stark reduciren, aber nach links drehen.

Sobald der Schlaf sich einigermaassen eingestellt und die Uebelkeit nachgelassen hat, bekommt der während der schlimmen Tage natürlich noch mehr abgemagerte Patient oft grossartigen Appetit, und die Körperzunahme erfolgt so rasch, dass Gewichtszunahmen von 3—5 Kgrm. in einigen Tagen nicht selten sind; eine Zunahme bis zu 25 Kgrm. innerhalb vier Monaten konnte ich einmal constatiren. Die Gewebe werden strotzender, und indem die Haut sich glättet und ihre natürliche Farbe und das Auge seine Lebhaftigkeit wieder gewinnt, erscheinen die Kranken, zumal sie auch zuerst

sich befriedigt und heiter geben, gleichsam verjüngt. Nur das Haar, falls es ergraut ist, ändert diese Farbe nicht mehr.

Dem jugendlichen Aussehen entspricht die Zunahme der Kräfte, welche sich auch kundgibt im Wiedererscheinen der verloren gewesenen Potenz; zuweilen treten bei Männern Pollutionen und Erectionen schon während der Entziehung auf. Beim weiblichen Geschlechte macht sich ebenfalls Libido geltend, und die unterdrückte Periode findet sich, manchmal unter Schmerzen, ein. Diese Hypererosie kann die Männer zu unbesonnenen Handlungen mit dem weiblichen Wartepersonal verführen, zu Eheversprechen, zu Entweichungen, wenn ihnen, wie wiederholt geschehen ist, unzuverlässige Wärterinnen Hoffnung machten, dass sie weiter der Morphinleidenschaft fröhnen dürften, oder wenn sie ihnen gar Morphium heimlich in der Anstalt besorgten. Die Hypererosie ist vorübergehender Natur. Aber auch der eine oder andere Schmerz, über den noch eine Zeit lang geklagt wird, schwindet spontan oder unter Medication, wie die Schlaflosigkeit, um welche alles Dichten und Trachten des Patienten wie des Arztes sich lange zu drehen pflegt, und wenn letzterer unerfahren ist, so kann er mit befriedigtem Gefühl über das Errungene sich schönen Hoffnungen hingeben bezüglich der Zukunft seines, von Morphin nunmehr gänzlich befreiten Patienten.

Wie tausendfache Erfahrungen aber uns belehrt haben, werden Morphinisten rückfällig. Es erscheint auf den ersten Blick räthselhaft, weshalb das zuweilen schon geschieht, während sie, die trübe Erfahrung dicht hinter sich, mit vollem Munde noch ihr jetziges Befinden preisen und den Arzt loben. Um das zu verstehen, müssen wir daran denken, dass unser Befinden stets ein relatives ist. d. h. dass es abhängt von der Differenz zwischen dem Zustand vor einer gewissen Zeit und demjenigen, welcher diesem Zeitpunkte folgt. Die Morphinisten sind keine Heuchler, wenn sie zunächst ihrer Freude Ausdruck geben, das Morphin los zu sein. Im Vergleich zu dem Befinden kurz vor und während der Entziehung fühlen sie sich subjectiv bedeutend gebessert, wie wir dies objectiv auch constatiren. Allein nun soll ihr Nervensystem und der ganze Körper erst die richtige Selbstempfindung und den Selbstgebrauch lernen. Ebenso wie sie gewissermaassen erst schlafen lernen müssen ohne die Hilfe des Morphins oder eines anderen Schlafmittels, so müssen sie jetzt lernen, den eigenen alten Körper mit allen seinen Fehlern und Gebrechen zu fühlen, welche sonst die stets erneute Zufuhr des Narkoticums zu beseitigen pflegte. Dabei ist nicht zu vergessen, dass sie seelisch andere Menschen geworden sind. Schon der Schnupfen, welcher einzelne befällt, deucht ihnen ein höchst lästiges Uebel zu sein und verdirbt ihre Laune. So lange sie irgend können, verbergen sie die seelische Verstimmung und suchen ihre Reizbarkeit zu beherrschen. Jeder fügt sich mit mehr oder weniger äusserer Ruhe in das Unvermeidliche und hofft auf die Besserung, welche hierin die alles heilende Zeit herbeiführen soll und bei einigen Glücklichen auch herbeiführt. Erweist sich diese Hoffnung jedoch als trügerisch, sind ausserdem körperliche Zustände vorhanden, die durch kein anderes Mittel erleichtert werden können, so wird namentlich bei eintretendem Berufszwang wieder zum gewohnten Alkaloid gegriffen. Es treten dann die bereits geschilderten Symptome des Morphinismus wieder auf. Energielosigkeit, Unlust zu geistiger Beschäftigung, herabgeminderte Widerstandsfähigkeit, Mangel an Selbstvertrauen, beson-

ders Gedächtnisschwäche sind nach der Entziehung markante Fehler, welche, falls der Betreffende Arzt ist, aber auch bei anderen Berufen, deren ununterbrochene Ausübung Geistes- und Körperfrische verlangt, von schwerwiegender Bedeutung sich erweisen müssen. Die Unlust zu geistiger Beschäftigung zeigt sich darin, dass den meisten schon die Beantwortung nothwendiger Briefe unangenehm ist. Andere schwingen sich mit Mühe zur Lectüre einer Zeitung oder eines Romanes auf. Selbst bei den Begabteren und Energischeren lassen die unter selbst auferlegtem Zwang errungenen Resultate den Stempel solchen Ursprunges nicht vermissen.

Die Willensschwäche und der Mangel an Selbstvertrauen gelangen in den verschiedensten Abstufungen zur Beobachtung. Die Kranken glauben nichts mehr leisten zu können, unterschätzen ihre Fähigkeiten und gerathen in wirklich üble Lage, namentlich durch die Gedächtnisunsicherheit, die fast nie fehlt. Nur in seltenen Fällen ist grössenwahnhafte Selbstüberschätzung zu bemerken.

Nicht weniger Dinge, die ihnen früher geläufig waren, vermögen sie trotz aller Anstrengung sich nicht zu erinnern. Auch etwas Verstörtes, Gelangweiltes im Wesen haftet Manchen an. Sie mögen nirgends lange Zeit sein, finden nirgends Ruhe und Befriedigung und vermögen selbst für Dinge, die sonst ihr Interesse fesselten, für Kunst u. a. m., dasselbe höchstens kurze Zeit zu bethätigen. Bald sind sie ermüdet und abgestumpft und sehnen sich nach Abwechslung, nach was Anderem.

Solche Kranke in einiger Anzahl in der Anstalt zu haben, gehört nicht zu den Annehmlichkeiten. Sie halten wie Verschworene zusammen, sehen hochmüthig auf den Arzt herab, der nicht Morphinist war oder noch ist, blicken bei jedem Wort desselben sich gegenseitig verständnisinnig an, als wollten sie damit ausdrücken: Was verstehst Du, armer Teufel, von Morphium. Sie regen sich gegenseitig auf und ergeben sich wohl auch dem Trunk, wenn sie dazu Gelegenheit finden. In manchen unruhigen Stunden, die sie veranlassen, möchte man das harte Urtheil *Erlenmeyer's*, der sie in dieser Periode gut geschildert hat, fast gerechtfertigt finden.

Verlassen sie die Anstalt, so fehlt es nicht an directen Schädlichkeiten, zumal sie verweichlicht sind, an Verdruss und Aerger und an Sorgen in der Häuslichkeit und im Beruf. Sie fühlen sich hinfällig, bekommen Ziehen in den Gliedern oder Präcordialangst, bald ist auch die Schlaflosigkeit wieder da, oder der Schlaf wirkt nicht erquickend genug, und sie bleiben deshalb lange am Morgen liegen, und der Zirkel ist geschlossen, indem die Morphiumspritze in Permanenz zurückkehrt.

* * *

Meine Herren! Als man die Pathologie des Morphinismus eben kennen gelernt hatte, dachte man die **Heilung** der betreffenden Kranken sich höchst einfach. „Spritze weg, Morphium weg!“ lautete die Parole. Es war die Erfüllung der Indicatio causalis, die alle anderen Indicationen damals in sich schloss, und man entzog das Mittel mit einem Male. Schon mit den Opiophagen aber, scheint es, hatte man Erfahrungen gemacht, dass die plötzliche Entziehung, welche bereits *Christison* nach *Fleming's* Bericht 1850 empfohlen hat und letzterer gleichfalls warm befürwortete, weil

selbst grössere kurze Qual leichter als geringere langwierige zu ertragen sei, doch auch ihre Gefahren und Misserfolge hatte und sich nicht immer glatt ausführen liess. *E. Levinstein*, welcher die englischen Autoren nicht gekannt zu haben scheint, war gleichfalls ein Anwalt für die plötzliche Entziehung und blieb es bis an sein Ende. Allein auch er versuchte bereits ein modificirtes Verfahren bei Tabikern, Phthisikern, Emphysematikern und Herzkranken, die bei hochgesteigertem Morphiumgebrauch sich noch in einem relativ mässig guten Kräftezustand befanden, und bei sehr nervösen weiblichen Personen.[68])

Ihm gegenüber pries *Burkart* „die langsame Methode". Aerzte wie Laien, namentlich die Ehefrauen der Morphinisten, versuchten und versuchen wohl noch heute „die heimliche Methode", welche wohl die langsamste ist, und *Erlenmeyer* gab seine Methode an, welche er zuerst „die modificirt langsame", sodann die „schnelle Methode" benannte. Endlich ist noch eine Methode angegeben worden, bei der dem Kranken zuerst ein gewisses Quantum Morphin entzogen, dann, angeblich immer mit euphorischen Ruhepausen dazwischen, weniger als sie sonst pflegten, eingespritzt, wieder mehr als früher entzogen, wieder mehr gegeben und mehr entzogen, kurz, wie durch eine sehr langsam remittierend defervescirende Fiebercurve etwa dargestellt werden kann, verfahren wird, bis die Kranken angeblich morphiumfrei sind. Unter Umständen sogar, falls der Patient irgend klagt, sollte mehr, bei jeder intercurrenten Störung selbst eine kräftige Dosis eingespritzt werden. Man könnte diese Methode die „Eiertanzmethode" nennen.

Man thut diesen verschiedenen Modificationen eines Verfahrens, das immer auf Entziehung hinausläuft, die zu erfinden kein besonderes Nachdenken erforderlich war, zu viel Ehre an, wenn man sie als „Methoden" bezeichnet. Es wird dadurch auf einen gewissen Schematismus in der Behandlung hingeleitet, der durchaus zu vermeiden ist, denn wenn irgendwo, ist hier das soviel genannte und so oft nicht ausgeführte „Individualisiren" am Platze.

Ich habe mich niemals an Methoden gebunden, bin oft sogar, während der Behandlung, von der einen zur anderen übergegangen, wenn ich es für nöthig erachtete, und glaube keine schlechteren Resultate bei meinen Morphinisten gehabt zu haben.

Nicht die Methode ist die Hauptsache, sondern Ort und Umgebung, wo die Entziehung vollzogen wird, und die Handhabung derselben, welche resultirt einzig aus der richtigen Beurtheilung des Zustandes des Patienten, sowohl des Grundleidens, um dessentwegen er zum Morphin griff, als des Krankheitszustandes, in dem er sich zur Abgewöhnung präsentirt, und das Wichtigste von Allem, die Behandlung nach der Entziehung, welche leider der Arzt selten lange in der Hand behalten kann, d. h. die Maassnahmen und Vorkehrungen zur Verhütung des Rückfalles in die verderbliche alte Gewohnheit.

Erwarten Sie darum nicht, meine Herren, dass ich ganz bestimmte Vorschriften, etwa wie genau täglich die Dosen Morphin zu reduciren sind, für das Heilverfahren angebe, die gleichsam allein seligmachend wären. Solche bindend zu ertheilen, würde schon durch die grosse Mannigfaltigkeit der Krankheitsbilder nicht wohl möglich sein, welche die zum Morphinismus führenden Grundleiden und Körperconstitutionen darbieten. Die allgemeinen Ge-

sichtspunkte für unser Handeln aber will ich darlegen und erörtern und, wo es nöthig erscheint, ins Detail eingehen.

Cito, tuto, jucunde hiess die Grundregel der alten Chirurgen. In gewissem Sinne gleicht die Morphinentziehung einer chirurgischen Operation. Bei letzterer ist, wie bei ersterer, heute das „Cito" in den Hintergrund zwar getreten, aber ganz aufgehoben ist es nicht. Ich erinnere nur an die Operationen in der Peritonealhöhle und anderwärts. So ist auch bei der Morphiumentziehung das Cito schon deswegen erwünscht, weil bei der kostspieligen Cur, bei beschränkten Mitteln und beschränkter Zeit, wenn die Entziehung schnell erfolgt, um so mehr Zeit für Erholung, für Kräftigung des Kranken und für Festigung seines Organismus gegen den Rückfall erübrigt.

Betrifft es ein starkes, jugendliches Individuum mit kräftigem, gesundem Herzen, ist das Morphin nicht über 0·50 täglich und nicht lange, nicht über einige Monate, gebraucht worden, steht überdies nicht viel Zeit zu Gebote, so kann man dreist die plötzliche Entziehung durchführen.

Man wird im Ganzen genommen mit dem Kranken besser und glatter fertig, und es ist nicht richtig, was man hie und da noch behaupten hört, dass nach plötzlichen Entziehungen Rückfälle häufiger sich ereigneten.

Allein bei plötzlichen Entziehungen kommt es doch häufiger zu tumultuarischer Unruhe des Kranken. Deswegen, und da es selten darauf ankommen wird, ob die Cur um eine Woche sich verlängert oder nicht, und da heutzutage die Entziehung in Häusern und Räumen geschieht, wo man auf die Umgebung, selbst die Nachbarschaft, Rücksicht zu nehmen hat, ist das Verfahren der plötzlichen Entziehung fast völlig verlassen worden.

Ebenfalls wird das langsame Entziehungsverfahren stets nur die, allerdings häufigere Ausnahme bleiben bei schwer herabgekommenen, bei sehr nervösen und anämischen Patienten und bei solchen, die mit schmerzhaften organischen oder chronischen Leiden behaftet sind und lange Jahre ihrer Leidenschaft schon fröhnen.

Hier kann es auch vorkommen, dass man zu Zeiten durch eine grössere Dosis Morphin Linderung und Ruhe schaffen und scheinbar einen gewaltigen Rückschritt machen muss, z. B. bei Steinschmerzen, bei den Schmerzen, die ein acuter Gichtanfall, eine Wanderniere oder die Tabes veranlasst. Es treten indess keine oder nicht entfernt so starke Entziehungserscheinungen zu Tage, wenn man dort nachher wieder anhebt, wo man vor dem Intermezzo stehen geblieben war, und war man zuvor mit der Entziehung noch nicht weit vorgeschritten, so kann man jetzt dreister mit der Verringerung der Dosen vorgehen.

Es scheint zuweilen, als ob nach solchen Krisen die Kranken widerstandsfähiger geworden seien, ja als hätte ihr Organismus die Schädlichkeit während der Krise spontan ausgeschieden, als wäre die Krise der aufgetretenen Krankheit auch für den Morphinimus heilsam kritisch geworden.

Ich habe in dieser Hinsicht merkwürdige Fälle von Complicationen des Morphinismus mit acuten Krankheiten, Pneumonie, Pleuritis, acuten Infectionskrankheiten erlebt. Sie erinnern sich, dass Morphin, selbst in kleineren Dosen, die Erregbarkeit des Athemcentrums in der Med. oblon-

gata herabsetzt. Es war also kein Hirngespinnst der alten Aerzte, dass sie bei Erkrankungen der Respirationsorgane Opium und Morphium, von welchen Mitteln sie überdies glaubten, dass sie Lungen und Gehirn congestionirten, womöglich mieden. Manche Stunde kann man in bangem Zweifel darüber zubringen, ob und wieviel Morphin dem daran gewöhnten Kranken eingespritzt werden soll, ängstlich wird die niemals sicher zu berechnende Herzaction wieder und wieder geprüft, bis man sich entschliesst, entschliessen muss, das Mittel fortzulassen. Und zu unserem Staunen geschieht dies nicht nur nicht ohne Schaden, sondern mit dem Nutzen für den Kranken, dass er nach überstandener Krise auch von der Morphiumsucht befreit wird. Es ist ein verhängnisvoller Irrthum, dass man Morphinisten unter allen Umständen bei den gewohnten Morphingaben belassen müsse.

Dass es immer bei Complicationen so geht, will ich indess nicht behaupten, sie enden oft fatal. Aber sie enden ebenso oft fatal, wenn man das gewohnte Morphinquantum weiter einspritzt.

Erst vor Kurzem hat mein Freund, Herr San.-Rath *Basch*, an einen Fall mich erinnert, den ich auch kannte, welchen er viele Jahre in genauer Beobachtung hatte. Eine Greisin, die lange zuvor schon an Asthma gelitten hatte, wurde in ihrem 73. Lebensjahre Morphinistin und nahm täglich mindestens 0·2 und mehr. Nach dreijährigem Gebrauch des Alkaloids, wobei sie stets Hunger danach und Verlangen nach Steigerung trug, schwollen die Beine stark hydropisch an und sie versank plötzlich in einen Zustand von Somnolenz, aus dem sie nicht zu erwecken war, so dass man ihr Ende erwartete. Da platzte die Haut an den Schenkeln in grosser Ausdehnung, es entleerte sich viel seröse Flüssigkeit, und sie erwachte am sechsten Tage asthmafrei und verlangte auch kein Morphium mehr. Erst nach zwei Jahren kehrte das Asthma wieder, es musste abermals zum Morphin gegriffen werden und sie erlag dann bald einer Apoplexie. Andererseits habe ich einer an allgemeiner Carcinose Leidenden, welche seit zwei Jahren Morphinistin geworden war und an Pleuritis carcinomatosa starb, fortgesetzt, je nachdem sie verlangte, schwächere und stärkere Einspritzungen gemacht und selbst noch wenige Minuten vor ihrem Ende, als sie flehentlich darum bat, ihr sie nicht verweigert.

Solche und ähnliche schwierige Fälle, z. B. Tabes mit heftigen Blasen- und gastrischen Krisen, Phthisis pulmon. u. a., müssen recht individualisirt werden, wir gehen mit dem Morphium je nach Bedarf bald höher hinauf, bald zurück. Bei den Kranken, von denen wir überzeugt sind, dass sie das Morphin nicht entbehren können, müssen wir einmal auch mit einem halben Erfolg, mit einer tüchtigen Herabsetzung der Dosis zufrieden sein. Ich gelangte auch bei Tabikern meist zum Ziele, zur völligen Entziehung, aber nicht zur Entwöhnung, weil sie ganz häufig, wie zu erwarten war, rückfällig wurden. Immerhin hatten sie eine bedeutende Besserung ihres Gesammtzustandes durch die Entziehungscur erfahren, und hin und wieder blieb Einer auch einmal dauernd frei.

Allein ein solches, wie ich es nannte, Eiertanzverfahren darf nicht grundsätzlich und allgemein als „Methode" gepriesen werden, wie dies von einem gewissen Autor in politischen[69]) und Fachzeitungen und auch in einem für Morphinisten bestimmten weitschweifigen Werke mit berechneter

Rücksichtnahme auf die Schwächen der Morphinistenkundschaft geschehen ist, welcher Autor angibt, ohne Zwang und Qualen zu behandeln, indem er gar nicht abwarte, bis die Kranken klagten, sondern ihnen zuvorkomme, und nicht nur, was richtig sein kann, bei intercurrenten Beschwerden eine kräftige Dosis verabreiche, sondern auch, wenn sie ausgingen, sie vorsorglich mit Spritze und Nothdosis versorge. Wohin solche Methode führt, kann jeder einsichtige Arzt, der die Neigung der Morphinisten zur Täuschung und zum Selbstbetrug kennt, ohne Weiteres ermessen. Die von jenem Autor angegebene Zahl der Heilungen, 65·5%, ist offenbar unrichtig.

Mit anerkennenswerther Offenheit hat *R. Wagner*[70]) seine Misserfolge bei ähnlichem Verfahren kundgethan und hervorgehoben, wie bei langsamer Entziehung, wenn man schon glaubte durch zu sein, plötzlich Abstinenz, Diarrhoe etc. ausbrach.

Ebensowenig führt die heimliche Methode zum Ziele. Auch wenn die Kranken von vornherein einwilligen, dass man sie täusche und stetig, ohne ihr Vorwissen, die Dosis verringere, und wenn sie wirklich ehrlich bleiben, so gelangen die Angehörigen doch mit ihnen meist auf einen Punkt, wo es nicht weiter geht und sie die Hilfe der Anstalt in Anspruch nehmen müssen. Es weist sich dann aus, dass nicht viel durch die ganze Qual gewonnen worden ist, und es kann kaum viel an der Zeit für die Entziehung abgekürzt werden. Misslingt aber das Verfahren, so werden die Kranken um so argwöhnischer, verstockter und heimlicher und sind im Ganzen späterhin schwieriger zu behandeln. Ein solcher Kranker beeinflusste, um unbehelligt von Versuchen zu bleiben, sogar seine Frau, dass diese, die ihn zu curiren unternahm, selber dem Gift verfiel.

Es bleibt deshalb in der Regel als Mittelweg das schnelle Verfahren, welches *Erlenmeyer* besonders befürwortet hat, das in der That sehr wohl sich eignet für die weitaus grösste Zahl der Morphinisten. Die Entziehung dauert im Durchschnitt circa eine Woche bis 10 Tage. Es wird dem Kranken von vornherein ein beträchtlicher Theil des von ihm angegebenen Tagesquantums entzogen, theils weil er wahrheitswidrig dasselbe höher anzugeben, theils weil er vor seinem Eintritt sich mit Morphin gehörig vollzupumpen pflegt. Diese Reduction von vornherein kann bis zur Hälfte betragen. Ich habe die Sache von jeher so gehandhabt, dass ich mit den Kranken, die ich über die Stärke unserer Lösungen in Unwissenheit liess, vereinbarte, sie sollten so viel verlangen und erhalten, als sie zur Vermeidung von Unruhe und Schmerzen bedürften. Am zweiten oder dritten Tag wies sich dann spätestens aus, wieviel sie wirklich benöthigten. Alsdann wird die Entziehung weiter so geleitet, dass ein gewisser grösserer Bruchtheil dieses ihres Gebrauchsquantums, in stärkerer Verdünnung, auf drei bis vier und mehr Injectionszeiten vertheilt und in den nächsten Tagen graduell bis 0 verringert wird. Bei kräftigeren Individuen, die weder viel noch sehr lange Morphin gebraucht haben, geht man mit der Reduction schneller, bei geschwächten, bei langem und grossem Morphingebrauch langsamer und vorsichtiger vor. Man lässt zuerst die Einspritzungen während des Tages, sodann die am Morgen, ganz zuletzt die Abendeinspritzung fort. Gewöhnlich wird bei einer Dosis von 0·015—0·01—0·005 abgeschnappt. Manchen Kranken gewährt es Beruhigung, wenn sie für die

weggefallenen Morphininjectionen solche mit Aq. dest. erhalten. Nicht wenige von mir behandelte Frauen, aber auch Männer, liessen sich das Wasser in dieser Weise noch wochenlang hinterher beibringen.

Wie ich aber bereits allgemein hervorhob, so ist auch hier Schablone, wozu das Wort Methode verleitet, von Uebel. Es kann bei plötzlich auftretenden Anlässen, namentlich solchen, deren Ursachen sich objectiv feststellen lassen, nothwendig werden, zwischendurch eine grössere Morphindosis einzuschieben. Dann brauchen wir, ich wiederhole es, nicht gleich zu fürchten, dass die Cur dadurch verlängert oder gar vereitelt sei. Wir versuchen, sogleich oder bald, dort anzufangen, wo wir vor der unliebsamen Unterbrechung aufzuhören gezwungen wurden.

Bei solchem Verfahren, bei richtiger Ernährung und gehöriger Aufmerksamkeit auf den Kräftezustand des Kranken, wobei sogar während der Entziehung schon Gewichtszunahme erfolgen kann, sind schwere Aufregungszustände und gefährliche Collapse, wie bereits gesagt, nicht zu fürchten.

Wenn wir so dem „Cito“ Rechnung getragen haben, so fragt es sich, wie wir die Entziehung sicher bewirken. Zum Gelingen der Cur gilt die Forderung des „Tuto“ uneingeschränkt. Deshalb ist nach fast übereinstimmender Erfahrung aller auf diesem Gebiet bewanderten Aerzte eine gut eingerichtete Anstalt der beste Ort, und fast auch der einzig geeignete Ort für solche Cur. Gewiss kann ein Morphinist auch einmal im eigenen Hause behandelt werden, aber dann muss sein Heim wie eine Anstalt eingerichtet sein. Das hat seine grossen Schwierigkeiten, besonders wenn es gilt, den Hausherrn oder die Hausfrau der legitimen Macht im eigenen Hause den Dienstboten und Kindern gegenüber zu entkleiden. Die Morphinisten gerathen durch Versagung der Injectionen gerade den Angehörigen gegenüber in die grösste Erbitterung, Wuth und Verzweiflung, und es kann leichter zu Selbstmorden kommen, wie *Hirt*, der überdies zu Hause nur solche Kranke behandelt, die nicht über 0·75 Morphium nehmen, selber zugestanden hat.[71]) Den Ort, wo eine solche Anstalt am besten sich befindet, und die Art, wie sie am zweckmässigsten eingerichtet wird, hat *Erlenmeyer* in vorzüglicher Weise discutirt, und ich stimme mit ihm durchweg überein. Eine solche Anstalt soll in einer ruhigen Gegend, nicht in zu grosser Nähe oder gar inmitten einer Grossstadt oder in einem lebhaften Weltbadeorte liegen, wo der Verkehr nicht zu beaufsichtigen, später anstrengende, aufregende, selbst wüste Zerstreuungen nicht zu hemmen sind. Will der Arzt den Morphincuren sich als Specialität widmen, was zu einer eintönigen und stumpfsinnigen Beschäftigung wird, so ist eine kleine Anstalt für ein bis zwei Dutzend solcher Kranken am geeignetsten. Grössere erschweren die Uebersicht, und bei dem Hang vieler Morphinisten zur Widersetzlichkeit, zu gegenseitiger Beeinflussung und Verführung und zur Zügellosigkeit, die Aufrechterhaltung der Ordnung. Ebenfalls sollten als Annexe an freie Nervenheilanstalten zu errichtende besondere Morphinistenabtheilungen diese Grösse nicht überschreiten. Ich würde ein abgetrenntes, im Garten gelegenes Haus mit freundlichen, luftigen, wegen des Fröstelns der Morphinisten gut heizbaren Zimmern und reichlicher, nahe liegender Badeeinrichtung für am zweckmässigsten halten. Ein Beisammensein der Morphinisten mit anderen Kranken darf nur mit Auswahl geschehen und ist

im allgemeinen schon wegen der Besuche, welche letztere empfangen, im Interesse der nothwendigen Controle thunlichst zu vermeiden, namentlich in den ersten Wochen.

Die Controle aber sichert allein ein treues, charakterfestes, gut geschultes und gut bezahltes Personal, das der behandelnde Arzt sich selber heranbilden sollte. Auch für die Männerabtheilung werden, nach *E. Levinstein's* Vorschlag, Wärterinnen bevorzugt, die mehr Ausdauer und für die Pflege, den Zuspruch der dafür sehr empfänglichen Morphinisten mehr natürliche Anlage haben. Nur wähle ich solche aus bekannten Gründen, die bereits in gesetztem Alter stehen und nicht zu verlockend aussehen. Wegen der Anstrengungen, namentlich wegen der Nachtwachen, muss oft für Ablösung gesorgt werden. Ich habe es auch sonst nicht gern, und durch den Wechsel verhindere ich es grundsätzlich, dass die Morphinisten, wozu sie allgemein, und besonders um ihre Ueberredungs- und Bestechungskünste spielen zu lassen, hinneigen, sich einzelne Individuen des Wartepersonals zu sehr attachiren und mit ihnen intim werden. Die Wärterinnen müssen so beschaffen und gestellt sein, dass sie allen Versuchungen widerstehen, und wenn sie von anständiger Gesinnung, freundlich und taktvoll sind, so wird die stete Anwesenheit solches Schutzgeistes keineswegs als Zeichen des Misstrauens seitens der Kranken lästig empfunden. Im Gegentheil, da die meisten wissen, dass sie schwach sind, so lassen sie ihren „Schutzgeist" sich gern gefallen, und manche mochten ihn weiter behalten, als wir ihn bereits für entbehrlich erklärten.

Bei taktvollem, unauffälligem Vorgehen wird auch die Empfindlichkeit überwunden, welche bei Manchen darüber entsteht, dass, was durchaus nothwendig ist, ihre Sachen und ihre Kleider nach Morphium durchsucht und dass ihr Besuch und selbst ihre Correspondenz überwacht wird. Jedermann ist es bekannt, mit welchen Listen sie den Arzt zu täuschen suchen, dass sie mit Tricks vorgehen, wie abgefeimte Schmuggler verbotene Waare einführen, und das Morphin z. B. in den Höhlungen ihres Körpers, unter Heftpflaster, in einer Haartour, in Rauchrequisiten, in Büchern, in Kleidern eingenäht, mitbringen. Am besten werden sie vor dem Beginn der eigentlichen Cur ins Bad geführt und hinterher in ein anderes Zimmer versetzt, wo alsdann ihre, inzwischen genau durchsuchten Effecten ihnen zugestellt werden. Die Behandlung von Morphinisten, die solcher Hausregel sich nicht fügen wollen und verlangen, dass man ihnen von vornherein vertraue, sollte der Arzt ohne Weiteres ablehnen. Er wird an ihnen keine Freude erleben. Geistesgestörte Morphinisten, die fast immer auch Alkoholisten oder Cocainisten sind, müssen in geschlossenen Anstalten behandelt werden.

Meine Herren! Einige weitere Rathschläge, die das Verhalten des Arztes betreffen, möchte ich an dieser Stelle noch ertheilen, die sie nicht für kleinlich und überflüssig ansehen mögen. Durch ihre Befolgung werden Sie manche Enttäuschung und manchen Misserfolg sich ersparen. Verhandeln Sie mit den Morphinisten darüber niemals, wie der Entziehungsplan eingerichtet werden soll, und machen Sie weder ihnen, noch auch dem untergeordneten Hilfspersonal davon oder von dem Stand der Cur oder von den sonstigen Medicamenten, die sie erhalten, Mittheilung. Man verordnet deshalb selbst Schlafmittel, die durch den Geschmack sich ver-

rathen, am liebsten per rectum. Wie ein Feldherr seinen Schlachtplan für sich meist behält und höchstens dem nächsten Gehilfen ihn mittheilt, der zur Verschwiegenheit vermöge seiner Stellung verpflichtet ist und vermöge seines Charakters sie übt, so soll der Arzt über seinen Plan und seine Taktik Schweigen bewahren. Der Kranke muss, welche Stellung er im Leben auch einnimmt, das Bewusstsein erlangen, dass auf diesem Felde der behandelnde Arzt sein Meister und ihm überlegen ist. Der Arzt hat das Pflegepersonal anzuleiten und zu controliren und muss darauf sehen, dass der Kranke Muth behält und subjectiv wie objectiv sich möglichst wohl fühlt. Das ist keine kleine Aufgabe, denn der Morphinist ist anspruchsvoll und es heisst oft Geduld üben bis zum Uebermaass. Bei der Bewerthung der Entziehungssymptome lassen Sie sich durch die objectiven Erscheinungen leiten, nicht durch übertriebene Schmerzäusserungen, durch anscheinende Raserei, fingirte Ohnmachten, fingirte Collapse beirren, welche schlimmere Charaktere nicht selten vorzutäuschen versuchen, um Morphium zu erhalten. Behalten Sie bei solchen Fällen die Hand am Pulse und ein ruhiges Urtheil!

Noch Eins: Es liegt nahe, die Sucht zur Uebertreibung, bei den Morphinisten doch ein krankhaftes Symptom, zumal dieses Uebelbefinden vorübergehend ist und man weiss, was sie mit dem Uebertreiben bezwecken wollen, zu verspotten, und dies um so mehr, als sie nicht selten selber sich ironisiren. Schlagen Sie diesen Ton niemals an und dulden Sie auch nicht, dass er vom Personal angeschlagen wird. Nichts reizt und empört den Kranken mehr, auch wenn er vielleicht mitlacht, und er hält dies Gefühl noch lange in der Erinnerung fest, indem er an Gefühllosigkeit ihm gegenüber oder an Unkenntnis seiner Leiden glaubt.

Dem „Jucunde“ trügen wir am besten Rechnung, wenn es gelänge, für das Morphin ein unschuldiges Ersatzmittel zu finden oder ein Mittel, das die Entziehungsqualen beseitigte. Soviel aber auch nach dieser Richtung probirt worden ist, indem man selbst Opium oder das Codein, den Methyläther des Morphins, oder das Dionin, die salzsaure Verbindung des Morphinäthyläthers, einsetzte, das Morphium fand dadurch keine Vertretung. Höchstens bewirkte man durch solches Vorgehen, ebenso wie wenn man im Alkohol, Chloralhydrat, Paraldehyd etc. Ersatz suchte, dass der Kranke das neue Mittel und noch ein anderes womöglich, außer dem Morphin, nahm und Toxicomane oder Säufer wurde. Zum Theil deshalb, und weil nicht nur die Kalisalze, sondern auch alle Bromsalze die Herzkraft schwächen, widerrathe ich Versuche mit den aus England empfohlenen Curen mit grossen Bromdosen, durch welche ein langer Schlaf zu erzwingen sei. Wenn wir Bromsalze anwenden wollen, so kann das in späteren Stadien der Entziehung geschehen, und wir vermeiden besser dabei das Bromkali ganz und auch die Brausegemische, in denen es enthalten ist.

Die schlimmste Enttäuschung erfuhr man durch das Cocain. Dasselbe habe ich, nachdem ich Jahre zuvor ein Inf. fol. Cocae vergeblich in Anwendung gezogen hatte, bei der Entziehung ebenfalls ausprobirt, als es aus Amerika warm empfohlen worden war. Nach einer Injection von 0·015 trat schon nach 10—20 Minuten die Wirkung ein und versagte nur selten. Die Kranken empfanden ein intensiv trockenes Gefühl im Munde und Schlunde, auch wenn sie hinterher reichlich speichelten, und keine eigent-

liche Euphorie, sondern, nach kurz vorübergehendem Rauschgefühl im Kopfe und lebhafterer und stärkerer Herzaction nebst profusem Schweissausbruch, den Nachlass der rasenden Unruhe und des quälenden Morphiumhungers. Auf das Gähnen und Niesen. auf die Hallucinationen, falls solche vorhanden waren, auf die neuralgischen Schmerzen hatte es keinen Einfluss. Oft verstärkte sich danach das Würggefühl, nicht das Erbrechen, alles schmeckte den Kranken metallisch und der Appetit liess länger auf sich warten. Der Geruch erfuhr zuerst eine Verschärfung und stumpfte sich hernach ab. Ein hoch unbehaglicher Zustand entstand, wenn man dem Kranken, um ihm Schlaf zu verschaffen, nebenher Chloral, Paraldehyd etc. verabreichte.

Ungeachtet demnach das während der Abstinenz einverleibte Cocain, zumal es nur wenige Stunden Unruhe und Morphiumhunger beseitigt, an und für sich keine grossen Vortheile bietet, und die behandelnden Aerzte um so mehr davon abkamen, als schwere nervöse Zufälle, wahrscheinlich durch Injection in die Venen, sich ereigneten — ich wurde von einem Nichtmorphinisten consultirt, der von epileptischen und Angstanfällen fast ein Jahr lang nach einer einzigen Injection geplagt wurde — so brauchen es doch noch jetzt nicht wenige Morphinisten, theils um die Morphinwirkung zu verstärken, theils um die Verstopfung weniger anhaltend und, wie mir einige sagten, die Haut unempfindlich für nachfolgende Injectionen zu machen, und damit die Pupillen, welche das Cocain erweitert, nicht so auffällig eng würden, oder auch, wenn sie Morphium nicht erlangen konnten.

Aber man ist nie lange ungestraft Cocainist. Niemals habe ich höhere Grade der Abmagerung und auch bei chronischer Phthise und langdauernden Magencarcinomen nicht solchen Fettschwund gesehen als gerade bei Cocainisten, so sehr werden Ernährung und Schlaf bei ihnen gestört.[72]) Die Blässe der Schleimhaut, die aschgraue Farbe der Haut ist auffallend, manche Kranke geben an, dass sie beim Einstechen der Spritze in die Haut viel Blut verlieren, was auf eine Verdünnung des Blutes schliessen lässt. Die gefährlichste Einwirkung erfährt die Psyche. Bekannt sind die charakteristischen Hallucinationen des Gefühls und Gesichts, so dass die Kranken auf dem Körper, auf der Kopfhaut Läuse, Käfer und andere Insecten herumlaufen fühlen und sehen und mitunter von Ausschlägen sprechen, welche dort localisirt wären. Einer meiner Kranken wollte in seinem Blute einen neuen Mikroben entdeckt haben und belästigte mit dieser Entdeckung die ganze medicinische Facultät. Ein Anderer hatte das Gefühl, als würde gewaltsam bei den Augenbrauen seine Kopfhaut gefasst und verschoben. Einige geben an, dass kleine Thiere aus ihren Fingerspitzen kämen oder sich herausziehen liessen. Schreckhafte Geräusche, Knalle, aufreizende und beschimpfende Reden werden vernommen. Ganz gewöhnlich ist Verfolgungswahn, der die Kranken gefährlich für die Umgebung und für sich selber macht, indem er zu Mord und Selbstmord sie treibt. Eine eigenthümliche Verworrenheit, Weitschweifigkeit in Rede und Schrift bei grosser Empfindlichkeit, macht den Verkehr mit ihnen unleidlich und macht sie bald als Cocainisten kenntlich. Wenngleich die Abstinenz durchzuführen keinerlei Schwierigkeiten bietet, indem man bei Morphiococainisten das Cocain zuerst ohne Weiteres fort-

lassen kann und selbst bei reinen Cocainisten unter Berücksichtigung der Herzkraft gleichfalls, am besten plötzlich, ohne besondere Leiden der Patienten entzieht, so werden wir doch, nach solchen Effecten und Gefahren, das Cocain, zumal die Geistesstörungen auch zuweilen sich verlängern, um so weniger als ein Ersatzmittel für das Morphium gebrauchen können. Wir müssen uns sogar hüten, dem Kranken die Bekanntschaft mit ihm zu vermitteln.

Ueber den Werth der sonst empfohlenen Mittel, meist Geheimmittel, zum Ersatz des Morphin oder zur Aufhebung der Entziehungsqual können wir gemeinhin schon aus der Art schliessen, wie sie in die Welt gesetzt werden. Es sind Mixta composita bekannter und unbekannter Droguen, und das Recept muthet Einen an, wie die höllischen Gebräue aus dem Mittelalter. Alle enthalten sie Morphin, wie dies vom Niccolicin[73]), vom Antimorphin bewiesen worden ist. Wenn das, viel Coffein und Gerbsäure enthaltende Inf. fol. Mate, oder Fol. Ilicis Paraguayensis, der hier in Läden käufliche Paraguaythee, welcher bei unvorsichtiger Bereitung schon Vergiftungen bewirkt hat[74]), als neueste Panacee unter Trompetenstössen auf den Thron erhoben worden ist — es sollen durch ihn 80% Heilungen bewirkt und der Morphinismus seine Schrecken verloren haben — so hat dieser Thee solchen Effect wohl nur, weil ihm ein Narkoticum beigemischt wurde, oder weil die Kranken beiher reichlich mit Morphium bewirtet werden. Ich glaube kein voreiliges Urtheil zu fällen, obgleich „wegen Mangel an Zeit und Kraft" eine „genauere Schilderung des Verfahrens in allen Einzelheiten Aufgabe einer grösseren Arbeit sein", also später erst erfolgen soll, wie es in einer solchen Publication heisst. Seien Sie, meine Herren, aufs Aeusserste misstrauisch gegen Geheimmittel und gegen alle Mittel, wobei genaue Angaben verschwiegen werden, oder wo es heisst, es seien die Indicationen für den Gebrauch zeitlich oder sonstwie recht schwer und zu delicat zu präcisiren. Am besten kümmern wir uns um solche Publicationen, denen medicinische Blätter ihre Spalten nicht öffnen sollten, überhaupt nicht. Wir erleiden dadurch keinen Verlust. Denn da jene Menschheitsbeglücker sich wegen der Panaceen gewöhnlich in den Haaren liegen, so dauert es nicht lange, und sie haben sich gegenseitig abgethan.

In einzelnen, ganz seltenen Ausnahmefällen, bei langjährigen Morphinisten, mit denen man sonst gar nicht zum Ziele gelangt, weil sie ausreissen oder weil sie, im Alter bereits vorgeschritten, durch die Entziehung in bedenklichem Grade leiden, kann man die Behandlung dennoch vortheilhaft zu Ende führen, wenn man sie erst zu Morphiophagen oder zu Opiophagen macht, wie *Burkart* vorgeschlagen hat, und das Morphin oder Opium in grosser Verdünnung per os zuführen lässt. Zur Beseitigung der nervösen Unruhe von Morphinisten, denen man ihr Alkaloid bis 0·03 entzogen hat, empfahl *Fedor Plessner* die Verabreichung der gleichen Dosis Dionin[75]) oder mehr subcutan. Es ist dies Präparat jedenfalls wirksamer und ungefährlicher als Heroin, kann aber auch, wie letzteres, entbehrt werden. Um die Haut zu schonen, und weil die Manipulation sich unauffälliger, bequemer und rascher als die subcutane Einspritzung bewerkstelligen lasse, auch keine Antiseptik verlange, hat *Deutsch*[76]) angerathen, das Morphin mittels einer $1^1/_2$ Grm. fassenden und mit einem für den Darm bestimmten Ansatzröhrchen versehenen Spritze

in diesen per anum zu injiciren. $^1/_2$ Grm. der Flüssigkeit bleibt in der Spritze zurück, 1 Grm. gelangt in den Darm. Man soll allmählich die Dosis verringern und bei 0·03 oder 0·02 abbrechen. Auch diese Applicationsweise kann, wie alle anderen erwähnten, in hartnäckigen Fällen, die stets seltene Ausnahmen bleiben, einmal versucht werden. Denn Morphin und Opium bleiben, was sie sind, und die Entziehungserscheinungen werden dem Patienten nicht völlig erlassen bei allen Formen der Anwendung, auch wenn man bei sehr kleinen Gaben abbricht, und welche Derivate oder Präparate man auch benütze.

Ueber die Hypnose als Mittel gegen den Morphinismus habe ich nur geringe Erfahrung. So willenlos und leichtgläubig, wo ihrer Leidenschaft geschmeichelt wird, die Morphinisten nämlich sonst sind, so widerspenstig erweisen sie sich bei allen Verfahren, die dieser Leidenschaft zuwiderlaufen, und ich habe es seiner Zeit bald aufgegeben, auf diesem Wege mit ihnen weiter zu kommen. Zudem verlangt eine hypnotische Behandlung grossen Zeitaufwand. Nur bei sehr reichen Leuten, welchen ihre Vermögenslage gestattet, sich jahrelang einen Arzt als Hypnotiseur zu halten, könnte dieser vielleicht, wenn er auch recht scharfe Aufsicht übt, mit dem „suggerirten Abscheu vor dem Morphium" Erfolg haben.

Es lag nahe, gegen den Morphinismus diejenigen Mittel in Anwendung zu ziehen, welche man gegen acute Morphiumvergiftung als Antidota gebraucht, oder die dagegen empfohlen wurden: das Tannin, Strychnin, Atropin etc. Bezüglich des Antidotismus des Atropins hat einem zuverlässigen Beobachter, *Lépine* in Lyon, zwar die Nützlichkeit desselben in einer Anzahl von acuten Morphinvergiftungen sich erwiesen, er möchte aber davor warnen, über 0·002 hinauszugehen, und räth, wenn solche schwache Atropindosen nicht wirken, zum Strychnin.[77]) In der That hat die Idee des Antidotismus und diejenige, dass man „Herz und Magen stärken" müsse, die ganze Abstinenztherapie, auch die Production und Zusammensetzung der Geheimmittel beherrscht.

Einen anderen Weg hat *Leo Hirschlaff*[78]) eingeschlagen, indem er ein Heilserum herstellte, dessen theoretische Begründung hier nicht besprochen werden kann, welches sowohl gegen acute Morphinvergiftung als auch gegen Abstinenzerscheinungen wirksam sein soll. Seine wenigen Versuche an Menschen sind gerade nicht geeignet, von der Wirksamkeit dieses Serums Beweise zu liefern, und es hat seine Schwierigkeiten, sich so entgegengesetzte Wirkungen des gleichen Mittels in demselben Individuum vorzustellen. *F. Morgenroth*[79]) hat nachgewiesen, dass keine Antitoxinbildung hierbei stattfindet.

Wir brauchen überdies gar nicht Mittel gegen das Morphin, das doch entzogen wird, sondern gegen den Zustand, den die Entziehung herbeiführt; folglich sind Antidota, von ihrer Unsicherheit und der Gefahr cumulativer Wirkung abgesehen, nicht am Platze.

Um alle Gefahren zu beseitigen und, was der Kranke zu verlangen berechtigt ist, möglichste Linderung seiner Leiden herbeizuführen, entziehen wir, wie ich auseinandergesetzt habe, und behandeln im Uebrigen symptomatisch.

Gefahr droht durch Collaps und durch Herzschwäche. Wir haben durch *Ed. Levinstein* das souveräne Mittel dagegen kennen gelernt.

Alle bedrohlichen Erscheinungen werden durch eine Injection von 0·02 bis 0·03 Morphium, welche nach Umständen zu wiederholen ist, beseitigt. Weil die Hilfe sofort geleistet werden muss, thut man gut, dem Personal genaue Anweisung zu geben, einzuschreiten, sobald auffällige Ruhe, ohnmachtsähnliche Zustände, schwacher, unregelmässiger Puls, verfallenes Aussehen bei dem Kranken sich zeigen, und dasselbe mit einer 2%igen Morphiumlösung nebst Spritze zu versehen. Mit Morphium, einer Tasse starken schwarzen Kaffee, allenfalls einem Glase Sect oder anderen starken Weines wird der Collaps immer erfolgreich bekämpft. Nur selten wird man einer Einspritzung von Ol. camphorat. bedürfen. Die Wirkung des Camphers, mit dem man nach ihm gleich bei Beginn der Abstinenzbeschwerden vorzugehen habe, hat *Julius Hofmann*[80]) u. A. hervorgehoben. Er will durch diaskopische Untersuchungen gefunden haben, dass das durch den Morphinismus vergrösserte und während der Abstinenz dilatirte Herz, wie durch eine Morphininjection, so auch durch eine solche von Campher prompt sich verkleinert. Der Campher soll ferner bewirken, dass die Hypnose und die Schlafmittel bessere Wirkung entfalten. Die letzte Angabe kann ich nicht bestätigen. Glaubt man Herzmittel nicht entbehren zu können, weil man vielleicht eine Herzmuskelerkrankung argwöhnt, so lässt man die Kranken Tinct. Digital. und Tinct. Strophanti aa. zwei- oder dreistündlich 15 Tropfen nehmen, besser als Campher, gegen den ihr Magen oft sehr stark rebellirt. Trotz alles Sträubens dagegen muss man wegen allgemeiner Schwäche, besonders bei daran gewöhnten Personen, zu alkoholhaltigen Getränken nicht selten greifen. Immer aber soll man darauf achten, dass dies nicht im Uebermaass und nicht zu dem Zwecke gewohnheitsmässig geschieht, Schlaf zu erzeugen. Entziehungen ohne Alkohol vollziehen sich glatter.

Das beste allgemeine Stärkungsmittel und Herztonicum ist der Aufenthalt in freier Luft. Deshalb ist es leichter, Entziehungscuren während der wärmeren Jahreszeit durchzuführen. Sobald die stürmischen Entziehungssymptome nach 2—3 Tagen vorüber sind, soll der Kranke mit seinem Bette oder auf einem Canapé ins Freie kommen, und wir werden durch solche Freiluftbehandlung am schnellsten Schwäche und Schlaflosigkeit schwinden und den Appetit wiederkehren sehen.

Die Morphinisten von vornherein zu reichlicher kräftiger Nahrungsaufnahme zu bringen, ist eine um so wichtigere Aufgabe, als sie, ehe sie sich in Behandlung begeben, gemeinhin sich ungenügend ernährt haben und heruntergekommen sind. Der Erfolg einer richtigen Behandlung wird auch fernerhin durch die Körperwägung constatirt. So lange das Morphium noch gewährt wird, thut man gut, ihnen die Mahlzeiten kurze Zeit nach den Injectionen zu verabreichen. Bei starker Anorexie ist es, wenn man die Kranken dazu bewegen kann, vortheilhaft, die Cur mit einer Magenausspülung mit lauwarmem Wasser, in dem wenig kohlensaures Natron gelöst ist, zu eröffnen. Danach pflegt sich der Appetit zu bessern, die Verstopfung zu heben. Es sind dies bekannte Erfolge, die man bei gewissen Arten von Ileus selbst, wo das Darmrohr nicht völlig verlegt ist, z. B. bei Invagination, durch Magenausspülung erzielen kann. Die Aufhebung der hypothetischen Hyperacidität des Magens hat mit diesen Erfolgen nichts zu schaffen. Treten die gastrischen Entziehungssymptome

erst ein, so wird man die ganze Procedur nicht leicht beim Kranken durchsetzen. Im Allgemeinen hat man es nicht nöthig, gegen Erbrechen und Diarrhoe einzuschreiten, sobald ihr Uebermaass nicht Erschöpfung herbeizuführen droht. Wir dürfen nicht vergessen, dass wir es mit einem conamen naturae sanandi zu thun haben, und dass insbesondere durch die Diarrhoe schädliche Umwandlungsproducte des Morphins aus dem Körper entfernt werden. Gegen die Kolikerscheinungen werden warme Umschläge auf den Leib, Einreibungen desselben mit Rhum, mit Chloroformöl, gegen Schmerzen im After kalte Umschläge daselbst angewandt. Wenn Uebelkeit und Erbrechen quälend werden, reicht man Eisstückchen, gekühlten Champagner und macht, je nachdem die Kranken wohlthätiger dadurch beeinflusst werden, kalte oder warme Umschläge um den Kopf und in den Nacken. Bei profusen Diarrhoen gibt man heisse Klystiere mit T. Opii gtt. 20, oder innerlich Tannalbin, gleich in einer grossen Dose von 2 Grm. mehrmals. Soviel als möglich soll der Magen, um die Nahrungsaufnahme nicht zu stören, geschont werden; auch deswegen ist die anale Application der Medicamente vorzuziehen. Die Nahrung sei während der kritischen Tage flüssig: Milch, Haferschleim, Reisschleim, Salepabkochung, Cacao, Bouillon mit Rothwein, Beeftea, je nachdem die Kranken belieben, und mit Somatose oder ähnlichen guten Nährpräparaten in kleinen Quantitäten versetzt, allenfalls Zwieback dazu, alles in kleineren Quantitäten, alle zwei Stunden gereicht. Um den starken Durst zu löschen, dienen kohlensaure und alkalische Wässer, Fürstenbrunnen mit ein wenig Fruchtsaft oder Rothwein, Selters, Apollinaris, Biliner etc. Dass das Fachinger Wasser eine so specifische Wirkung entfaltet, dass, wie *Erlenmeyer* noch in seiner neuesten Schrift über die Behandlung der chronischen Morphiumsucht ausführt[61]), bei seiner richtigen Anwendung von einigen Litern täglich, glasweise getrunken, so gut wie alle körperlichen Abstinenzerscheinungen ausbleiben, habe ich nicht erfahren. Manchen Kranken schmeckt es wegen des starken Natrongehaltes zu weichlich, und sie bekamen stärkeres Ekelgefühl und nahmen es nur, wenn es mit Selters versetzt wurde.

Fast noch mehr als mit den erwähnten gastrischen Symptomen haben wir mit der geistigen Erregtheit und der motorischen Unruhe der Kranken zu schaffen. Das Hauptmittel dagegen sind Vollbäder, mit denen man sofort nach Eintritt des Patienten beginnt, die wegen der Gefahr der Herzerschlaffung nicht zu warm, nicht über 32·5 bis höchstens 34·5° C. genommen und mit kurzer kalter Uebergiessung aus einer Giesskanne oder einer nicht zu kräftigen Brause und kräftigem Frottiren geendigt werden. Dieselben dürfen zuerst 15 Minuten, hernach länger bis zu 30 Minuten dauern, falls sie der Patient gut verträgt.

Auch Einpackungen, bei denen man den Kopf besonders einhüllt, oder ihn, wie die Arme, auch gänzlich frei lässt, erweisen sich als nützlich; ebenfalls abwechselnd warme und kalte Abwaschungen mit dem Schwamm, mit spirituösen Substanzen ausgeführte und trockene Abreibungen des ganzen Körpers, Vibrations- und gewöhnliche Massagen. Die Vibrationsmassage kann mit den blossen Händen so ausgeführt werden, dass die massirende Person das Glied des Patienten zwischen den Händen schnell und kräftig hin- und herrollt und hinterher knetet und streicht.

Wie die ganze Symptomatologie sich glücklicherweise nicht in einem Individuum vereint findet, so brauchen auch nicht alle erwähnten Mittel und Maassnahmen bei Einem aufgeboten zu werden. Wenn der Arzt der rechte Mann ist, Alles in Händen hat und über ein treues, zuverlässiges Personal verfügt, so wird er um so weniger Mittel in Action zu bringen brauchen. Zwar klagen die Morphinisten alles Mögliche und dass nicht genug für sie geschehe. Bei der Beurtheilung ihrer subjectiven Klagen müssen wir uns von der thatsächlichen Erfahrung über diese Leiden und davon leiten lassen, inwieweit objective Anhaltspunkte für dieselben vorhanden sind. Z. B. sind, um ihre Hauptklagen durchzugehen, echte Neuralgien doch im Ganzen selten und halten ebensowenig wie rheumatische und gichtische Schmerzen ohne Pause an. Migräne wird gerade durch Erbrechen erleichtert. Die wirklich heftigen Neuralgien, die Gallenstein- und Nierensteinkoliken, die Magen-, Blasen- und Mastdarmkrisen der Tabiker und ihre excentrischen Schmerzen, gegen welche Antipyrin 1·0 + Phenacetin 0·5 + Antifebrin 0·2, mehrmals täglich, zuweilen mit Erfolg angewendet wird und *Lépine* Pyramidon bis zu 3 Gramm täglich empfohlen hat, die wirklichen asthmatischen Anfälle, nicht blosse Beklemmungen, vollends die stenokardischen Anfälle sind dem einigermaassen Kundigen bald kenntlich, und wir haben die Pflicht, hier sofort Abhilfe zu schaffen, was gleich durch eine und, wenn nöthig, wiederholte stärkere Morphininjection intercurrent geschehen soll. Bei solchen Patienten gilt es zu laviren mit dem Curs auf die Entziehung.

Schwierig kann die Beurtheilung bei bleichsüchtigen Personen werden, die über heftige Magenschmerzen klagen, wegen des etwa vorhandenen Ulcus ventriculi. Hier werden wir unsere Therapie einrichten, als wäre ein solches vorhanden. Wir müssen mit der Verabreichung kohlensäurehaltiger Wasser und mit der Ernährung überhaupt vorsichtig sein und die langsamere Entziehung bevorzugen, um stürmisches Erbrechen zu vermeiden. Hat man erst die Ueberzeugung gewonnen, dass ein Ulcus nicht vorliegt, so beseitigt man den Schmerz durch Pulver von Bismuth. nitr. salicyl. oder subnitr. 0·25 + Extr. Bellad. 0·03 oder durch die *Oppolzer*'schen Tropfen, die ich für solche Fälle recht wirksam fand: Rp. Zinci sulfur. 0·2, Aq. dest. 100, Aq. Amygdal. 1·0, Syr. Cort. Aurant. 9, 3mal tägl. 1 Dessertlöffel, welchem Recept man unter Umständen 0·06—0·10 Morphin zufügt, und geht mit der Entziehung in etwas rascherem Tempo vor.

Gegen anhaltendere Migräne, die öfter durch die Accommodationsstörungen während der Abstinenz bedingt wird, werden Schutzbrillen, Verdunkelung des Zimmers und die gegen Migräne üblichen Mittel, z. B. Bromnatrium 1, Phenacetin 0·25, Coffein. citr. 0·2, Chin. sulfur. 0·10 verordnet, oder Bromnatr., Citrophen aa. 1, Chin. sulfur. 0·1 in Oblaten zu nehmen.

Ausserdem erweisen sich nützlich Ableitungen hinter den Ohren oder im Nacken, Streichmassage des Kopfes von vorn nach hinten und bis über die Schultern und die Schlüsselbeine hinaus. Das Phenacetin, mit und ohne Brom, wird auch als Schlafmittel gern genommen, wie das Aspirin zu 0·5—1·0, das nebenher zur Beseitigung mannigfacher Schmerzen dient, z. B. an den Gelenken localisirter rheumatischer und gichtischer, gegen welche man auch äusserliche Aufpinselungen von Mesotan, Ol. Olivar. aa., wegen Dermatitis vorsichtig, gebrauchen lässt.

Gegen Hypererosie der Männer wendet man kalte Umschläge ad genitalia, gegen die Molimina menstrualia der Frauen Brompräparate, Opium, warme Umschläge und bei starken Blutungen die aus der Gynäkologie uns bekannten Mittel an.

Sehr oft werden die Schmerzen stark übertrieben, welche aus den im subcutanen Gewebe von den Einstichen herrührenden grösseren und kleineren, bald entzündlichen, bald kalten Abscessen resultiren sollen. Diese behandelt man nach chirurgischen Regeln, und wenn die Kranken sich dem zu unterwerfen verweigern, so braucht man nicht weiter ängstlich zu sein. Ich habe wenigstens, ob nun die sich selbst überlassenen Abscesse schliesslich sich entleerten oder eindickten, niemals böse Folgen, niemals Pyämie daraus entstehen sehen.

Die Schlaflosigkeit der Morphinisten nach der Entziehung zu beseitigen, ist eine oft sehr schwere Aufgabe. Bevor sie nicht gänzlich gehoben ist, kann man von gelungener Entziehung überhaupt nicht reden und sie ist Vorbedingung definitiver Heilung. Ich habe in einer Arbeit „Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit“ [83]) die Principien dargelegt, von denen die Behandlung auszugehen hat, dass man die Ursachen aufsuchen und ebenfalls die leidige Eingewöhnung des Gehirns zu beseitigen suchen müsse, und dass der Schlaf möglichst auf natürlichem Wege, nicht durch Betäubung, zu Stande kommen müsse. Auch der durch Morphium herbeigeführte Schlaf ist durch die im Gehirn gesetzten eigenartigen Circulationsschwankuugen, wie *K. Brodmann* am Plethysmographen nachgewiesen hat, von dem natürlichen Schlaf verschieden.[83])

Neben dem bereits gedachten Aufenthalt in freier Luft, zu dem, nach der Befreiung von Morphin und einer mehrtägigen Ruhepause, zuerst passive, dann, um nicht durch Ueberanstrengung einen Zusammenbruch der Kräfte zu veranlassen, sehr mässige, ganz allmählich zu steigernde active Bewegungen hinzutreten, sind wiederum lauwarme Voll- und Halbbäder, Packungen in Laken, welche in Wasser von 33—34° C getaucht und ausgerungen worden sind, Neptunsgürtel, feuchte Einwicklung der Unterschenkel dagegen die Hauptmittel. Ebenfalls sind kohlensaure und elektrische Bäder empfohlen worden. Auch leichte allgemeine Streichmassage, Galvanisation des Halssympathicus, allgemeine Faradisation mit sehr schwachem Strom, Massage des Kopfes erweisen sich zuweilen nützlich. Dabei muss man bei allen solchen Patienten darauf achten, dass sie früh und leicht zur Nacht speisen, ca. 3 Stunden vor dem Zubettgehen, weil die sonst insensiblen Verdauungsvorgänge, wenn sie schwere Kost geniessen, bei ihrer Hyperästhesie leicht das Gehirn erwecken. Damit andererseits der Hunger in der Nacht nicht stört, kann man mit einer Tasse Milch mit Zwieback auf dem Nachttisch sie versorgen. Die Schlaflosigkeit bei den Morphinisten resultirt wahrscheinlich aus ihren Störungen der vasomotorischen Regulirung, die erst allmählich ins Gleiche gesetzt werden kann. Deshalb kann man Schlafmittel selten ganz entbehren, obgleich ihre Nachtheile, da sie in unbekannter, jedenfalls nicht gleichgiltiger Weise auf das Gehirn und das Blut wirken, evident sind. Dazu tritt die allgemein bekannte Neigung der Morphinisten, an solchen Mitteln hängen zu bleiben, wodurch sie zu Alkoholisten, Chloralisten, Paraldehydisten, Amylenhydratisten u. s. w. und selbst Codeinisten werden, obgleich *Jacob Boumer* [84]) in Uebereinstimmung mit *Tauber* [45])

gefunden hat, dass eingespritztes Codein bis zu 80% unverändert im Harn und Koth ausgeschieden wird, und mit *Faust* zu dem Schluss gelangt, dass Angewöhnung nicht stattfinden könne. Auch Veronal, um das neueste Schlafmittel zu nennen, hat sich bei ihnen bereits sehr wirksam erwiesen. Daher muss man mit den Mitteln ständig wechseln. Man muss auch zuerst überhaupt probiren, auf welche Schlafmittel ein Morphinist am besten reagirt. Es mag allgemein in der zur Suggestion neigenden menschlichen Natur liegen, dass das letzt entdeckte auch bei den Morphinisten zuweilen am besten wirkt. Für alle diese Schlafmittel gebe ich keine Dosen an, da Ihnen solche bekannt sind. Sie werden zuweilen selbst die Maximaldose überschreiten müssen, besonders wenn Sie schlecht schmeckende Mittel, wie Paraldehyd, Amylenhydrat per rectum verordnen. Bei den Mitteln, welche schwer sich aus dem Körper ausscheiden, beim Sulfonal, Trional müssen Sie besonders vorsichtig vorgehen, weil bei Morphinisten, eher noch als bei anderen Individuen, eine Zersetzung des Blutfarbstoffes, eine lebensgefährliche Hämatoporphyrinurie entstehen kann. Ich habe solche Fälle mit Lähmungen der Vorderarmmuskeln, Auftreibung des Leibes, Verstopfung, Schmerzen in der Brust- und in der Lebergegend und der eigenthümlichen Veränderung des Harnes, der, hell entleert, an der Luft nachdunkelte und die bekannten Harnfarbstoffe nicht enthielt, zuerst beobachtet und *E. Salkowski* mitgetheilt, der Hämatoporphyrin darin feststellte.[86]) Erst neuerdings hat *James Fränkel*[87]) einen Fall veröffentlicht von einer Morphino-Alkoholistin, welche an Sulfonalvergiftung zu Grunde ging. Sulfonal und Trional, auch wenn sie sonst gut wirken, dürfen also Morphinisten bestimmt nicht mehrmals nacheinander gegeben werden. Ueberhaupt müssen wir immer wieder versuchen und trachten, den natürlichen Schlaf durch die oben geschilderten Maassnahmen, die Einwirkung physikalischer Heilpotenzen, die wir immer variiren und den Umständen anpassen, endlich zu erreichen, bis der Erfolg unsere Ausdauer krönt.

Meine Herren! Es ist nicht genug, dass wir erfolgreich dem dem Gift verfallenen Unglücklichen dasselbe entzogen haben, er muss sich davon **entwöhnen**. Deshalb wende ich schon bald nach der Entziehung möglichst keine anderweite Behandlung an, bei der wir die subcutane Spritze brauchen. Es soll selbst das Wort vermieden werden, damit keine Begehrungsvorstellungen erwachen. Haben die Kranken sich erholt, nach weiteren 8 bis 10 bis 14 Tagen, so tritt **für die Folgezeit** die schwierige Aufgabe heran, diejenigen unter ihnen, welche leistungsfähig sind, langsam an eine ihren Kräften angemessene Thätigkeit zu gewöhnen. Manche haben das blosse Spazierenfahren, Spazierengehen, Bewegungen ausführen, Billard- und Kartenspielen etc. unter Aufsicht satt, manche lungern unthätig umher und scheuen jede körperliche und geistige Thätigkeit, weil sie bald abgespannt werden, das sind die Schwererkranken oder Personen, die auch vorher an keine Arbeit gewöhnt waren, z. B. als Rentiers lebten. Es gilt dann unsere Erfindungskraft anzustrengen und unseren praktischen Blick zu bethätigen, um hier zu wissen, dass man noch gewähren lassen muss, dort eine dem Stande des Betreffenden angepasste Beschäftigung hervorzusuchen, dort irgend eine Neigung oder Liebhaberei herauszufinden und zu berücksichtigen, um ferner zu gegenseitigem Verkehr und gesunder An-

regung die passenden Elemente zusammenzuführen, wenn die Morphinisten, was für sie vortheilhafter ist, als wenn sie unter sich bleiben, unter die anderen Kranken gehen, oder mit Gesunden anknüpfen sollen. Hier kann eine feinfühlige Dame, denen sie unterstellt werden, die grössten Dienste leisten. Wir müssen auch beurtheilen können, wem wir bereits genügend Selbstbeherrschung und moralische Kraft zutrauen können, dass er kürzere oder längere Zeit ohne Aufsicht frei umhergehen darf, und wer ein räudiges Schaf ist, das die ganze Herde gefährdet und alle Mühen vereiteln kann. Das Alles ist schwerer, als nach sogenannten Methoden zu arbeiten und Schlafmittel zu verordnen, und lernt sich erst durch lange Uebung und durch Belehrung, auch durch Fehlschläge.

Ohne dass wir Argwohn und Misstrauen uns anzueignen brauchen, sicher ohne Argwohn zu zeigen, muss uns doch jede Veränderung im Wesen eines Morphinisten stutzig machen. Heisshunger, Verdrossenheit, hohläugiges Aussehen, Gähnen, Augenthränen, Schlaflosigkeit sind solche Warnsignale, die leider nicht immer sich zeigen. Mit zuverlässigen Kranken vereinbare ich, dass sie selber jedes Unwohlsein sofort melden und daheim bleiben. Sie gewöhnen sich öfters, auch später ihren Angehörigen gegenüber, nach ihrer Entlassung, so zu handeln. Ohne dass wir wissen woher, wie etwa bei glattem Meere plötzlich eine starke Welle aufdünt, so kommen bei diesen Kranken manchmal, während sie anscheinend wohl sind, meist zur Morgenzeit, vielleicht nach weniger gutem Schlaf, leichte Entziehungserscheinungen und Morphiumhunger zum Vorschein. Sind sie sich selber dann überlassen, so verfallen sie der alten Leidenschaft, ohne dass wir es vielleicht ahnen.

Wenn auch die **Diagnose** des Morphinismus keiner Auseinandersetzung bedarf, da Geständnis des Patienten und seine gefleckte, von Narben an den Einstichstellen durchsetzte Haut, sie leicht und augenfällig machen, so ist doch die Diagnose des Rückfalles, wenn er geleugnet wird, wie fast stets, sehr schwierig. Die Pupillen brauchen nicht verengt zu sein, und das Morphin in den Ausscheidungen nachzuweisen, ist eine complicirte Arbeit und unsicher. Da bleibt denn nichts anderes übrig, als den Kranken 2—3 Tage unter strenger Aufsicht im Zimmer zu lassen und abzuwarten, ob sich Entziehungserscheinungen einstellen.

Im allgemeinen sollen Morphinisten nicht gar zu lange in den Anstalten bleiben. Von Ausnahmen natürlich abgesehen, muss eine Zeit von 5—6—8 Wochen genügen.

Es wäre erwünscht, dass unsere Mühen durch eine wirkliche Heilung, also durch eine gute Prognose belohnt würden.

Das ist jedoch gar zu oft nicht der Fall, und durchaus begreiflich, und darf nicht abschrecken, jeden Morphiumsüchtigen, wenn er nicht ein unheilbares, schmerzhaftes Leiden wie Carcinom hat, oder wenn er nicht in sehr vorgerücktem Alter sich befindet und das Morphin durch sehr langen Gebrauch gleichsam in der Oekonomie seines Körpers verrechnet ist, so dass er bei der Entziehung schwere nervöse Erscheinungen bietet und auffällig stark abmagert, mindestens einer Reductionscur zu unterwerfen.

Die **Prognose** ist davon abhängig, ob der Patient hereditär nervös ist oder starker Neurastheniker durch den langen Morphingebrauch oder

durch eine andere Ursache wurde, ehe er sich betäubte, z. B. an Zwangsvorstellungen, an Angstanfällen litt. Schon *Fleming* sieht bei jedem Opiophagen eine Contraindication gegen die Cur in einer starken Veränderung des Charakters. Ferner richtet sie sich nach der Natur der Grundkrankheit, ob diese wie manche Tabes mit häufigen Schmerzattaken einhergeht, oder ob ein operables oder sonstwie zu beseitigendes schmerzhaftes Leiden vorliegt. In sehr starkem Grade ist sie davon bedingt, in welche Umgebung der Kranke nach seiner Entlassung gelangt.

Wenn eine Operation, wie bei Gallensteinen oder bei Nieren- und Blasensteinen oder bei schmerzhaften Genitalgeschwülsten, angezeigt ist, so entsteht die Frage, ob man die Entziehung zuerst vornehmen soll, ehe man zur Operation schreitet, oder ob nachher. — Da Morphinisten, besonders aber Morphio-Cocainisten und reine Cocainisten durch die Narkose und durch die Operation innerhalb des Bauchfells sehr gefährdet sind, so ist es gerathen, die Entziehung längere Zeit vor der Operation vorzunehmen, damit der Organismus sich wiederum normal einstellt und das Herz kräftigt und den erhöhten Ansprüchen dann genügen kann. Freilich gibt es Fälle, wo Morphinisten nach einer solchen Operationskatastrophe ihre Sucht gänzlich vergassen, und dies, trotzdem man ihnen nach der Operation eine und mehrere Spritzen Morphin noch gegeben hatte. Man hatte eben dann nach der Operation unwissentlich oder wissentlich eine gelungene plötzliche Entziehung gemacht, und wie bei den oben erwähnten complicirenden schweren Krankheiten, war sie gelungen. Es mag aber mancher räthselhafte Todesfall bei und nach Operationen davon herrühren, dass man es, ohne es zu wissen, mit einem Morphinisten zu thun hatte.

Gar viele dieser Kranken müssen gleich nach ihrer Entlassung den Beruf wieder aufnehmen, dessen gleichmässige Anforderungen auch sonst schon für sie zu viel waren, geschweige denn jetzt sind. Da macht sich denn bald die Sehnsucht nach dem bekannten Tonicum geltend. Insofern ist der Morphinismus bei dieser Kategorie eine sociale Frage. Wenn möglich, sollen sie ihre Berufspflichten einschränken und mit weniger sich begnügen, um nicht angestrengt zu arbeiten. Die Streber unter ihnen sollen ihren Ehrgeiz einen und mehrere Pflöcke tiefer stecken. Glücklich sind diejenigen daran, denen eine treue Gattin, Schwester, Tochter zur Seite steht. Nach *E. Levinstein's* praktischem Vorschlag soll die Erinnerung an die früheren Verhältnisse durch Umzug in eine neue Wohnung und, wo dies nicht thunlich, an die frühere Gewohnheit durch Umstellung der Möbel, andere Einrichtung der Zimmer beseitigt werden. Wichtig ist, dass sie die ehrbaren Lieferanten nennen, die sie mit Morphium versorgten, damit sie vor ihnen behütet werden können. Allein hier zeigen die Morphinisten ein merkwürdiges Zartgefühl, indem sie Personen, die sie womöglich noch für Wohlthäter ansehen, nicht denunziren mögen.

Am besten verfahren Sie im übrigen mit Ihren Kranken, wenn Sie, wozu ich rathe, thun wie einer meiner mit schwerster häufiger Migräne behafteten Kranken, ein langjähriger Morphinist, that, der seinen Angehörigen mit ausgezeichnetem Erfolg folgende Vorschrift selber gab: „Zeigt sich Misogyne (womit er die erwähnten Warnsignale bezeichnete), so darf X auf keinen Fall das Haus verlassen, oder wenn es doch ge-

schehen muss, niemals ohne Begleitung. Am besten ist er dann im Bette aufgehoben. Stellt sich die Migräne ein, so soll er im verdunkelten Zimmer liegen, bis sie mit Hilfe von Migränepulver und Kamillenthee vergeht. Nur wenn geschäftliche oder sonstige Gründe eine sofortige Beseitigung des Kopfwehs dringend erheischen, darf die Gattin den Arzt citiren, der dann ihm eine halbe Spritze einer 1%igen Lösung geben soll, nicht mehr. Bei Schlaflosigkeit soll er nur ab und an 2 Grm., höchstens 3 Grm. Chloral erhalten. Im übrigen soll er durch mässiges gutes Essen bei Vermeidung von viel oder starken alkoholischen Getränken, durch Bewegung in frischer Luft, durch solides regelmässiges Leben, durch kalte Abreibungen und durch kalte Bäder zur Sommerszeit seine Nerven stärken."

Alleinstehenden, selbst begüterten Personen, welche treue Seelen selten finden, die sich ihrer fernerhin annehmen, hat man Aufenthaltsorte vorgeschlagen, wo sie sich kräftigen und schwerer Morphium erlangen können. Ich habe alles Mögliche versucht, in verzweifelten Fällen sehr langen Anstaltsaufenthalt bis zu 2 Jahren, Seereisen, Verschickung in Orte, wo Morphium schwer oder gar nicht zu haben war, auf kleine Inseln, im Sommer nach Norwegen, nach Hela, als es noch nicht ein Seebad mit Curhaus war. In unserem Zeitalter des Verkehrs gelingt es aber jedem Morphinisten, rückfällig zu werden, wenn er dazu die Absicht hat; überallhin wird das Morphin durch Mittelspersonen, in Briefen, Postsendungen verschickt. Bei Seefahrten muss der Schiffsarzt instruirt werden. Es ist mir ein Fall bekannt, wo während der Fahrt ein Morphinist in die See sprang. Am allerwenigsten darf, was auch schon geschehen ist, der Morphinist bald nach der Entziehung Schiffsarzt werden.

Man wird bei den Morphinisten überhaupt viele Enttäuschungen, Rückfälle noch nach Jahren und bei Persönlichkeiten erleben, deren Gesundheit man für gefestigt hielt. Von diesen Rückfälligen erfährt man nur gelegentlich, weil sie aus Scham oder um eine neuere Methode vielleicht zu probiren, gewöhnlich andere Anstalten aufsuchen. Da sie, wie nach längerem Gebrauch, nach wiederholten Entwöhnungen, die Regel ist, gegen das Gift widerstandsunfähiger werden, so pflegt es dann nicht lange mit ihnen zu dauern.

Alle Morphinisten, die ihrer unglücklichen Leidenschaft nicht entsagen, enden entweder durch intercurrente Leiden, die sie schneller als andere daran erkrankende Menschen dahinraffen, oder sie führen den Tod absichtlich aus Verzweiflung oder Ekel vor sich und der Welt herbei, oder durch Irrthum, indem sie zu viel einspritzen, oder es erfolgt während anscheinenden Wohlseins ein wirklicher Herztod. Ein 40jähriger Arzt, wohlgenährt und von robustem Körperbau, mit gesundem Herzen und gesunden Organen, der eine zweite Entziehung auszuführen sich weigerte, sank, als er fröhlich dinirte und den Gänsebraten herbeibefahl, plötzlich als Leiche um.

Gegenüber so traurigen Fällen hat man die Freude, von anderen zu hören, denen man seine Mühen nicht vergeblich zugewendet hat, die in geordneten Verhältnissen noch nach Jahren leben und, was das beste Zeichen der Genesung ist, Tüchtiges leisten und vorwärts gekommen sind.

Eine Statistik über solche Heilungen aufzumachen, halte ich für unmöglich. Wenn man gleichwohl in gewissen Anstaltsberichten von so und

so viel Procent Heilungen liest, so sind damit immer gelungene Entziehungscuren gemeint, welche Sie nach dem Vorgetragenen nicht für besondere Leistungen ansehen werden, auch wenn sie, wie es in jenen Berichten gewöhnlich heisst, fast sicher oder fast immer gelingen.

* * *

Meine Herren! Zum Schlusse noch ein paar Worte über die eigenthümlichen Verhältnisse sowohl civilrechtlicher als strafrechtlicher Natur, welche bei Personen herbeigeführt werden können, die dem Morphinismus ergeben sind. Diese juristisch-medicinischen Beziehungen gehen uns nahe an, da sie schon bei der Behandlung der Kranken in Frage kommen.

Sobald ein Morphinist geisteskrank geworden ist, schwindet jede Schwierigkeit, er wird dann als Geisteskranker in einer geschlossenen Anstalt behandelt.

Aber wenn er es nicht ist und als freiwilliger Patient in einer offenen Curanstalt sich behandeln lässt, so treten die darüber erlassenen gesetzlichen Verordnungen in Kraft und er muss, sobald er es verlangt, jederzeit entlassen werden. Diese Bestimmung steht im Widerstreit mit dem ärztlichen Interesse, insofern der Heilplan durch dieselbe gänzlich vereitelt werden kann. Denn es möchte wenige Patienten geben, die nicht während der Cur, wenn auch nur in Momenten der Ungeduld und des Unwillens über die Entziehungsbeschwerden, ihre Entlassung forderten. Wir nehmen ihr Verlangen nur nicht ernst, aber es könnte doch einmal von den Kranken und Anderen ernst genommen werden.

Um Weiterungen, die daraus erwachsen könnten, vorzubeugen, lassen viele Anstaltsbesitzer, damit der Wille des Kranken, die Cur durchzuführen, gekräftigt werde, die ganze Pension für einen Monat und länger im voraus entrichten und stipuliren den Verfall der Summe für den Fall des vorzeitigen Verlassens der Anstalt. Ich weiss nicht, ob solche Maassnahmen unter allen Umständen juridisch zulässig sind, aber von ihrer Gehässigkeit abgesehen, verfehlten sie auch den Zweck. Der Arme wird schwer betroffen und für das gestraft, was durchzuführen vielleicht über seine moralische Kraft geht, und der Bemittelte macht sich aus dem Verlust der Pension nichts.

Deshalb lassen andere Aerzte den Kranken die schriftliche Verpflichtung eingehen, dass er den ärztlichen Anordnungen strict Folge leisten und während der eigentlichen Entziehung auf seine persönliche Freiheit verzichten wolle.

Allein damit ist noch nicht viel erreicht. Denn ein vor dem Gesetz geistig gesunder Mensch darf, auch wenn er sich freiwillig zu einem Aufenthalte von bestimmter Dauer in einem Krankenhause verpflichtet hat, nicht gegen seinen Willen die Vertragszeit über festgehalten werden. Der Gegencontrahent kann höchstens sein Geldinteresse, den Schadenersatz wegen Nichterfüllung des Vertrages geltend machen, weiter aber nichts.

Die beste Garantie für ein glückliches Gelingen liegt in dem Vertrauen, das der Arzt sich zu erwerben versteht, und in der schnelleren Durchführung der Cur, während welcher der Patient zu sehr mit sich selber beschäftigt ist, als dass er daran dächte, ein nachhaltiges und formelles Entlassungsgesuch zu stellen. Thut er es dennoch, so muss solchem Gesuche Folge gegeben werden.

Entmündigt können nach § 6 B. G. B. nur Geisteskranke, Geistesschwache, Trinker und Verschwender werden. Ueber Morphinisten gibt es keine Vorschrift. Wenn sie indess doch straffällige Handlungen begehen, z. B. durch ihre Unbesonnenheit und Heftigkeit in Conflicte gerathen, oder wenn sie, was ihnen sonst fremd war, um Morphium zu erlangen, Betrügereien und Diebstähle verüben, oder wenn sie sich selber schädigen, indem sie Schuldverschreibungen und zu Vortheilen verpflichtende Versprechen ausstellen für die niederträchtigen Personen, die ihnen aus Eigennutz behilflich sind, sich zu ruiniren, so wissen wir Aerzte zwar, dass sie nach § 51 St. G. B., da ihre freie Willensbestimmung durch eine krankhafte Störung ihrer Geistesthätigkeit ausgeschlossen war, nicht strafbar sein können und dass sie civilrechtlich nicht haftbar gemacht werden sollten, es muss aber dem freien Ermessen des Richters anheimgestellt bleiben, ob er der gleichen Ansicht ist und danach sein Urtheil fällt. Personen, die sich haben versichern lassen, und durch Morphin sich früh hinbringen, oder solche, die zur Zeit ihrer Aufnahme in eine Lebensversicherung bereits Morphinisten waren und dies verschwiegen, können bei processualen Auseinandersetzungen, welche davon die Folge sind, uns Gelegenheit geben, unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete zu verwerthen. Ebenfalls werden wir, was wir gelernt haben, in den schwierigen Fällen bedürfen und zur Geltung bringen, wenn es darum sich handelt, ob ein Morphinist durch eigene Schuld, oder vergiftet durch fremde Schuld, verstorben ist.

Noch in anderer Weise können Morphinisten in gerichtsärztlicher Richtung zu schaffen geben, wenn sie nämlich, mit Uebergehung der Verwandten, Testamente zu Gunsten von fremden Personen verfasst haben, die ihrer Leidenschaft wahrscheinlich an die Hand gingen und sie dadurch gängelten. Und hier kann es für uns, wenn wir den Fall nicht persönlich kennen, oder die ihn betreffenden Verhältnisse nicht völlig klar gelegt werden, recht schwer sein, zu einem befriedigenden Urtheile zu gelangen.

Meine Herren! Zur Verhinderung weiterer Ausbreitung und zur allmählichen Verringerung des Unheils, das der Morphinismus über zahlreiche Existenzen gebracht hat, kann der Staat durch strenge Beaufsichtigung der Apotheken und Droguenhandlungen den öffentlichen Handel mit Morphium im Inlande unterdrücken und den heimlichen stören. Seine Aufsichtsorgane sollten auch Anstalten, in denen es sich fragt, ob unter der Aufschrift „Cur ohne Zwang und Qual, sofortiger Wegfall der Spritze, Cur mit Hilfe des Hausarztes schriftlich“ u. dgl. m. nicht Unfug, mindestens höchst unredlicher und dem Gemeinwohl schädlicher Wettbewerb getrieben wird, strenger unter Controle nehmen.

Wir Aerzte werden unsererseits durch gewissenhafte Erwägung der Indicationen für das Morphin, namentlich für seine subcutane Anwendung, indem wir letztere womöglich in Person ausführen oder sicheren Händen anvertrauen, wie übrigens in den letzten Decennien bereits von uns geschehen ist, solches Streben des Staates für das Gemeinwohl unterstützen.

Entbehrlich wird das Morphium nie werden, das seit fast einem Jahrhundert und in seiner Muttersubstanz, dem Opium, seit Jahrtausenden der Menschheit unschätzbare Dienste geleistet hat. Ich erinnere an den Spruch: „Sine Opio medicus esse nolim.“ — Wenn zelotische Antialkoholisten den

Alkohol gänzlich verbieten und am liebsten ganz aus der Welt schaffen möchten, so wird doch selbst der ärgste Gegner des Morphinismus nicht diesen vernichten wollen dadurch, dass er das Morphium abschafft.

Literatur: [1]) *Fleming*, British med. Journal, 1868, pag. 137. — [2]) *H. Laehr*, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXVIII, pag. 349. — [3]) *Fiedler*, Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medicin, Nr. 27 u. 28. — [4]) *Eduard Levinstein*, Die Morphiumsucht, 1877, I. Aufl.; 1883. III. Aufl. — [5]) *A. Erlenmeyer*, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung, 1887, III. Aufl.; Die Behandlung des chronischen Morphinismus, Handbuch der Therapie für innere Krankheiten von *Pentzold* und *Stintzing*, 1897, II. Aufl., pag. 591, III. Aufl., 1902, pag. 600; Deutsche Medicinalzeitung, 1903, Nr. 26—29. — [6]) *W. Deutsch*, Der Morphinismus, Stuttgart 1901. — [7]) Wiener klin. Wochenschr., 1902, Nr. 19. — [8]) Wiener klin. Wochenschr., 1896, pag. 494. — [9]) Deutsche med. Wochenschr., 1898, Nr. 14 u. 15. — [10]) Cf. Figaro-Nummer vom 8. September 1888, Leitartikel: La seringue de Pravaz von *Gaston Jollivet*. — [11]) Petersburger med. Wochenschr., 1895, Nr. 3. — [12]) *O. Rosenbach*, Krankheiten des Herzens und ihre Behandlung, 1894/1897, pag. 745 ff. u. 1117. Therapie der Gegenwart, 1901, pag. 481, und in diesem Sammelwerk der Deutschen Klinik (Bd. I): Morphium als Mittel der Kraftbildung. — [13]) Ueber die Kunst der Verlängerung des menschlichen Lebens, Rectoratsrede, Bonn 1890, Verlag von Emil Strauss, pag. 19 ff. — [14]) Confessions of an opium eater. London Magazine 1821 mit dem Motto: Suspiria de profundis. — [15]) Der Morphinismus, pag. 58 und ibid. pag. 61. — [16]) *Pflüger's* Arch., 1890, XLVII, pag. 601. — [17]) Arch. f. experimentelle Pathologie u. Pharmakologie, 1890, pag. 336. — [18]) *Cloëtta*, Untersuchungen über das Verhalten des Morphins im Organismus. Archiv für experimentelle Pathologie, 1903, pag. 453. — [19]) Bemerkungen über den Morphinismus, Deutsche medicinische Wochenschrift, 1879, pag. 436 ff. — [20]) Verhandlungen des Vereins für innere Medicin, VIII, pag. 333, Sitzung vom 1. April 1889. — [21]) Deutsche Medicinalzeitung, l. c. — [22]) *Rabow-Bourget*, Arzneimittellehre; *Liebreich* und *Langgaard*, Compendium der Pharmakologie; *Ewald*, *Nothnagel* und *Rossbach* u. A.; cf. auch *Nussbaum*, Bayerisches ärztl. Intelligenzblatt, 1865. — [23]) Sitzungsberichte der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg, 1865/1866. — [24]) Ueber die Morphiumwirkung, Arch. f. experimentelle Pathologie, VII, pag. 247 u. VIII; Deutsche med. Wochenschr., 1879, pag. 513 u. ibid. pag. 667. — [25]) Deutsche med. Wochenschr., 1879, pag. 617. — [26]) Untersuchungen über den Tetanus, Arch. f. experimentelle Pathologie, XLIX, pag. 369. — [27]) *Nothnagel's* Pathologie und Therapie, 1901, VIII, pag. 167. — [28]) Vorlesungen über Pharmakologie. I. Auflage und II. Auflage 1891, pag. 43 ff. — [29]) *Virchow's* Arch., 1900, pag. 147 ff. — [30]) Altérations du système nerveux central, constatées par la méthode de *Nissl* dans l'intoxication aigue et chronique des animaux par la morphine, Archives russes de Pathologie, 1898, VI, pag. 67. — [31]) *Schmidt's* Jahrbücher, 1898, pag. 257—258. — [32]) Berliner klinische Wochenschrift, 1891, pag. 434. — [33]) Lyon médical, 1895, 35. — [34]) Deutsche medicinische Wochenschrift, 1897, pag. 21. — [35]) Zeitschr. f. klin. Medicin, XLIX, pag. 1. — [36]) Action de la Morphine dans le péristaltisme intestinal, Lyon médical, 1895, XXVII, pag. 419. — [37]) Wiener med. Presse, 1900, Nr. 45. — [38]) Centralbl. f. innere Medicin, 1901, pag. 43. — [39]) *Virchow's* Arch., 89, pag. 1. — [40]) *Spitzer*, Experimentelle Untersuchungen über die Darmwirkung des Opium und Morphium, *Virchow's* Arch., 1891, CXXIII, pag. 123. — [41]) *J. Jakobj*, Arch. f. experimentelle Pathologie, XXIX, pag. 211. — [42]) *Pohl*, ibid., 1894, XXXIV, pag. 871. — [43]) *v. Vámossy*, Deutsche med. Wochenschr., 1897, Nr. 29. — [44]) *Riegel*, Ueber den Einfluss des Morphium auf die Magensaftsecretion, Zeitschr. f. klin. Medicin, XL, pag. 347. — [45]) Separatabdruck aus der *v. Leyden'*schen Festschrift, 1903, I. — [46]) Berliner klin. Wochenschr., 1892, pag. 1237. — [47]) Berliner klin. Wochenschr., 1889, pag. 560. — [48]) Dissertation, Göttingen 1883. — [49]) Arch. f. experimentelle Pathologie, 1890, pag. 336. — [50]) Separatabdruck aus der Deutschen med. Wochenschr., 1883, Nr. 14. — [51]) Arch. f. d. gesammte Physiologie, 1880, XXIII, pag. 413. — [52]) *Burkart*, Weitere Mittheilungen über chronische Morphinvergiftung, Bonn 1882. — [53]) *Diedrich*, Dissertation, Göttingen 1883. — [54]) Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft, 1880, pag. 60. — [55]) *Pflüger's* Arch., 1886, XXXVIII, pag. 528. — [56]) Berichte der deutschen chem. Gesellschaft, 1903, pag. 3067. — [57]) Arch. f. experimentelle Pathologie, 1900, XLIV, pag. 217 ff. — [58]) Berliner klin. Wochenschr., 1889, pag. 562. — [59]) *Wernich*, Arch. f. Psychiatrie, II, pag. 174. — [60]) Odyssee, IV, pag. 220 ff., „Κακῶν 'επλησθον ἀπάντων" und die folgenden Verse, in denen in poetischer Darstellung die Gleichgiltigkeit des Opiophagen selbst dem Schicksal der Nächstangehörigen gegenüber geschildert wird, welche wohl Veranlassung wurden, dass Homer von Thomas de

Quincey als Opiumesser erklärt worden ist. — [61]) Arch. f. experimentelle Pathologie, XXVI, pag. 429. — [62]) Die Morphiumsucht, III. Aufl., pag. 25. — [63]) L. c. 1895, 35. — [64]) Beim morphinisirten Hund hört nach *Claude Bernard* die Submaxillaris auch zu secerniren auf, Leçons sur les anesthésiques et sur l'asphyxie, Paris 1876, pag. 216 ff. — [65]) Vortrag auf der Naturforscherversammlung zu Berlin, 1886, pag. 218. — [66]) Annales médico-psychologiques, 1888, pag. 82. — [67]) *E. Salkowski* und *M. Jastrowitz*, Ueber eine bisher nicht beobachtete Zuckerart im Harn. Centralbl. f. d. med. Wissenschaften, 1892, Nr. 19. — [68]) L. c., pag. 73 ff. — [69]) Cf. Vossische Zeitung vom 4. Juli 1902. — [70]) Deutsche med. Wochenschr., 1888, pag. 300. — [71]) Verhandlungen der Naturforscherversammlung zu Düsseldorf, 1898, pag. 235. — [72]) Die Coqueros in Centralamerika gehen meist an Phthise zu Grunde. *Märkel*, Berliner klin. Wochenschrift, 1886, pag. 159. — [73]) *B. Fischer* und *B. Wagner*, Ueber das Nicolicin, ein angebliches Heilmittel des chronischen Morphinismus. Münchner med. Wochenschr., 1902, N. 51. — [74]) Cf. *Rabow* und *Bourget*, Arzneimittellehre, 1897, pag. 155. — [75]) Therap. Monatshefte, 1900, pag. 81. — [76]) *Deutsch*, l. c. 111 u. 112. — [77]) Semaine médicale, 1897, XVII, pag. 10. — [78]) Berliner klin. Wochenschr., 1902, Nr. 49 u. 50. — [79]) *J. Morgenroth*, Zur Frage des Antimorphinserums. Berliner klin. Wochenschr., 1903, Nr. 21. — [80]) Ueber die Anwendung des Kampfers bei der Morphinentziehung. Therap. Monatshefte, 1902, pag. 331. — [81]) *Pentzold* und *Stintzing*, Therapie, 1902, III. Aufl., pag. 620. — [82]) Deutsche med. Wochenschr., 1889, Nr. 31—34. — [83]) *K. Brodmann*, Journ. f. Psychol. u. Neurol. I. — [84]) *Jacob Bouma*, Ueber Gewöhnungsversuche mit Codeïn. Arch. f. experim. Path. 1903, pag. 353. — [85]) *E. Tauber*, Ueber das Schicksal des Codeins im thierischen Organismus. Dissert. Strassburg 1892. — [86]) Ueber Vorkommen und Nachweis des Hämatoporphyrins im Harn. Arch. f. physiol. Chemie, 1891, XV, pag. 286 ff. — [87]) Allg. Zeitschr. f. Psych., LIX, pag. 955 ff.

15. VORLESUNG.

Die Manie, die periodische Manie und das circuläre Irresein.

Von

W. Seiffer,

Berlin.

Meine Herren! Es gehört zu den schwierigsten Aufgaben, „am Eingange des 20. Jahrhunderts“ einen bestimmten Ausschnitt aus der Psychiatrie in einer solchen Form vorzutragen, dass er einerseits dem gegenwärtigen Stande der „Deutschen Klinik“ entspricht, andererseits aber allgemein verständlich und auch denen klar, übersichtlich und als Wegweiser in der Praxis brauchbar erscheint, welche sich nicht dauernd und ausschliesslich mit der Behandlung von Geisteskranken befassen.

Wir müssen uns offen gestehen, dass der Beginn des 20. Jahrhunderts für die Darstellung der zeitgenössischen Psychiatrie, im Ganzen wie im Einzelnen, nicht der geeignete Zeitpunkt wäre, wenn es sich hier darum handelte, etwas Fertiges, in sich Abgeschlossenes zu geben. Denn die Systematik der Geisteskrankheiten und speciell auch unser heutiges Thema ist gerade jetzt in einem Gährungsstadium begriffen, in welchem fast alle bisher festen Formen wanken und an ihrer Stelle neue Formen entstehen sollen. Hier kann es sich aber nur darum handeln, Ihnen den gegenwärtigen Stand, das Momentbild eines bestimmten wissenschaftlichen Gebietes vorzuführen, gleichsam als Document für Mit- und Nachwelt, unbekümmert darum, dass der Gegenstand vielleicht in einer unfertigen Entwicklungsphase vor Ihren Augen fixirt wird. Die Wissenschaft kennt nichts Fertiges, sie lebt vom steten Fortschritt.

Die Schwierigkeit, welche uns klar und scharf umschriebene Einzeldarstellungen aus dem Gebiete der functionellen Psychosen, d. h. derjenigen Geisteskrankheiten bereiten, von denen wir eine pathologisch-anatomische Grundlage noch nicht kennen, beruht zum Theil auf eben diesem Mangel, zum Theil auf dem Fehlen einer streng wissenschaftlichen, ja

selbst einer einheitlich accreditirten klinischen Symptomatologie. Und ausserdem begegnen wir — was das Schlimmste ist — auf jeder deutschen Hochschule, aber auch überall im Auslande, einer anderen klinischen Eintheilung der Psychosen, einer anderen Abgrenzung derselben gegen einander und einer anderen Nomenclatur.

An anderer Stelle dieses Bandes (pag. 208) hat bereits *Hoche* auf die psychiatrisch-klinischen Meinungsverschiedenheiten hingewiesen, welche ihn nöthigten, auf eine Lehrdarstellung der Dementia praecox vorläufig zu verzichten und nur die heutige Lage der ganzen Frage von der Katatonie und der Dementia praecox zu schildern. In einer ähnlichen, nur in gewissem Sinne vielleicht umgekehrten Situation befinden wir uns gegenüber der Manie. Während die Dementia praecox durch die verdienstvollen Arbeiten *Kräpelin's* eben erst, an der Wende des Jahrhunderts, das klinische Bürgerrecht zu erobern beginnt, wird der Manie von demselben Forscher und seiner Schule so gut wie jede klinische Selbständigkeit abgesprochen. Noch bis vor kurzem eine der bestcharakterisirten Formen der Geistesstörung, über welche fast* allgemeine klinische Uebereinstimmung herrschte, verliert jetzt die Manie als reine und selbständige nosologische Einheit mehr und mehr an Boden. Für *Kräpelin* existirt sie als solche überhaupt nicht mehr, sie ist ihm zur Bedeutung eines blossen Zustandsbildes, eines Durchgangsstadiums, eines psychischen Syndroms geworden, welches fast nie isolirt vorkommt, sondern in der überaus grossen Mehrzahl der Fälle sich als Theilerscheinung einer complicirteren Psychose, in specie des von ihm so bezeichneten „manisch-depressiven Irreseins" darstellt.

Ebensowenig wie bei der Aufstellung der Dementia praecox kann *Kräpelin* auch in der Frage der Manie und des manisch-depressiven Irreseins ein ganz hervorragendes Verdienst nicht abgesprochen werden. Das müssen ihm auch seine Gegner einräumen. Denn es ist erstaunlich, wie die in grossen Anstalten und Kliniken aus einem umfangreichen Material gezogene Statistik der reinen Fälle von Manie zusammenschrumpfte, als sich kritische Untersucher infolge des *Kräpelin*'schen Anstosses daran machten, das Reine vom Unreinen zu scheiden und nach neuen Gesichtspunkten, aber ganz objectiv zu classificiren. Nach dem hergebrachten, bequemen und uns Allen geläufigen Schema war offenbar Vieles zur Manie gerechnet worden, was bei schärferer Beurtheilung und späterer Revision des Krankheitsverlaufes etwa zu dem hätte gerechnet werden müssen, was man unter den jugendlichen Verblödungsprocessen zusammenfasst, oder aber zu den recidivirenden und circulären Psychosen.

Immerhin bleiben aber auch bei verschärfter Kritik in den neueren statistischen Untersuchungen noch Procentzahlen für die reine Manie übrig, welche wir nicht als unwesentlich bezeichnen können. Es sind darunter solche Fälle verstanden, in denen das klinische Bild völlig einwandfrei ist und der Gesammtverlauf der Krankheit, auch wenn man sehr lange Zeiträume ins Auge fasst, keinen Zweifel an der Diagnose zulässt. Wenn ein Mensch beispielsweise in der ersten Hälfte seines Lebens eine

* *Kahlbaum* ist u. A. auch in dieser Hinsicht der Vorläufer *Kräpelin's*.

charakteristische Manie mit Ausgang in vollständige Genesung durchgemacht hat und er stirbt etwa im 60. Lebensjahre, ohne jemals wieder eine manische oder andere Geistesstörung gezeigt zu haben, so dürften sich Bedenken gegen die Diagnose einer reinen Manie im vorliegenden Falle wohl nicht erheben. Solche Fälle kommen nach der allgemeinen Erfahrung aller Irrenärzte — ich meine damit insbesondere diejenigen der Gegenwart — und auch nach dem Zugeständnis der *Kräpelin*'schen Schule vor. Freilich sagt die letztere, die Häufigkeit dieses Vorkommens sei verschwindend und das vereinzelte Ereignis einer manischen Erkrankung im Leben eines Menschen sei ungefähr ebenso zu beurtheilen wie ein vereinzelt gebliebener epileptischer Anfall bei einem sonst epileptisch veranlagten Menschen. Dieser Vergleich hat etwas Verführerisches, aber angesichts der Thatsachen ist er doch nicht ganz überzeugend. Wir werden hierauf später noch zurückkommen.

Wenn wir also auch die fortschrittliche Bedeutung der *Kräpelin*'schen Lehre für die Frage der Manie anerkennen, so ist diese Lehre ja noch keineswegs dogmatisch abgeschlossen. Sie wird in dem schnell dahineilenden Strome aller wissenschaftlichen Entwicklung wahrscheinlich noch manche Wandlung erfahren. Zur Zeit ist sie auch bei Weitem nicht allgemein anerkannt. Ihr stehen die Anschauungen und Erfahrungen der meisten oder einer grossen Zahl Derer gegenüber, welche Lehrer und Träger unserer Disciplin von heute sind. Ich werde Ihnen daher das Wissenswerthe über die Manie so vortragen, wie es ungefähr der Auffassung der meisten akademischen und nicht akademischen Psychiater der Gegenwart entsprechen dürfte. Aus der Darstellung werden Sie dann von selbst ein Urtheil darüber gewinnen, an welchen Punkten die Lehre von der Manie gewisse Schwächen hat und nach welcher Richtung sie in den nächsten Decennien voraussichtlich weiter ausgebaut werden wird. Im Anschluss an die Darstellung der Manie ergibt es sich als selbstverständliches Bedürfnis, dass wir von den mit der Manie zusammenhängenden Formen geistiger Störung (periodische Manie, circuläres Irresein), sowie von der *Kräpelin*'schen Zusammenfassung aller dieser Formen unter dem Sammelbegriff des manisch-depressiven Irreseins zu sprechen haben werden.

Die Manie

in ihrer reinen, typischen Form ist eine heilbare, functionelle Geistesstörung mit gut charakterisirten Symptomen und von einem in vielen Fällen ganz bestimmten Verlaufe. Sie kennzeichnet sich durch 3 Cardinalsymptome: 1. gehobene, heitere Stimmung, 2. starke psychomotorische Erregung (Bewegungsdrang, Rededrang etc.) und 3. eine eigenartige Störung des Vorstellungsablaufs: Ideenflucht.

Dazu gesellen sich unter Umständen, welche von der Schwere des betreffenden Falles und anderen individuellen Verhältnissen abhängen, noch eine Reihe weiterer Symptome, nämlich: 4. Sinnestäuschungen, 5. Wahnvorstellungen, 6. Trübung des Bewusstseins, 7. Störungen in der Wahrnehmung äusserer Eindrücke (Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit), 8. verschiedene körperliche Symptome, von denen die wichtigsten Schlaflosigkeit,

Herabsetzung oder Aufhebung des Gefühls, der Ermüdung und schmerzhafter Reize sind. Das Gedächtnis und die Intelligenz ist im Allgemeinen, besonders die letztere, völlig intact. Dieser Punkt ist von ausschlaggebender Bedeutung für die Differentialdiagnose der Manie.

Lassen Sie uns nun die Symptomatologie der Manie etwas genauer ins Auge fassen, indem wir dabei von den wichtigen und typischen Symptomen zu den weniger constanten vorwärts schreiten.

1. Auf dem Gebiete der Affecte finden wir regelmässig eine gehobene Stimmung. Dieselbe bewegt sich bei verschiedenen Fällen und in verschiedenen Stadien der Erkrankung zwischen den niedrigsten Graden der Euphorie einerseits und der ausgelassensten Heiterkeit, „göttlichem Wonnegefühl", „seeligem Glück" andererseits. Die Empfindungen und Vorstellungen spiegeln fast durchweg diese heitere Affectlage wieder. Ganz besonders sind es die auf das eigene Ich bezüglichen Empfindungen und Vorstellungen, welche den gehobenen, expansiven Affect erkennen lassen. Der Kranke neigt zur Selbstüberschätzung in körperlicher und geistiger Beziehung, seine Leistungsfähigkeit hat theoretisch keine Grenzen und er macht allerlei Versuche, dies praktisch zu beweisen. Er fühlt sich selbst oft wie neugeboren und alle Dinge der Aussenwelt erscheinen ihm gewöhnlich im günstigsten Lichte. Hunger, Schmerzen und allerlei Entbehrungen erträgt er mit ungetrübter Heiterkeit. Auch seiner Umgebung bringt der Manische gewöhnlich seine gehobene Stimmung entgegen. „Seid umschlungen, Millionen!" ist so recht der Ausdruck, der ihm aus der Seele geschrieben ist. Aber nicht nur die Affectlage ist bei dem Manischen krankhaft, sondern auch die Affecterregbarkeit, und zwar im Sinne einer Steigerung. Es besteht bei ihm eine erhöhte gemüthliche Reizbarkeit, eine Ueberregbarkeit, die sich gelegentlich — wenn er z. B. Widerspruch erfährt oder in seinem Thaten- und freien Bewegungsdrang gehemmt wird, auch aus ganz geringfügigen Ursachen — in heftigen Zornausbrüchen und brutal aggressivem Verhalten Luft macht. Oefter beobachten wir auch übermässiges Lachen und lautes Weinen in raschem Wechsel.

Was die Bedeutung des Affectsymptoms der heiteren Verstimmung im Krankheitsbilde der Manie anbelangt, so sind heute die meisten Psychiater darin einig, dass es ein ganz hervorragendes, primäres Symptom dieser Erkrankung sei, während *Mendel* es als nebensächlich, inconstant und abhängig von dem jedesmaligen Vorstellungsinhalt, dem leichten, raschen Vorstellungsablauf (den übrigens *Kräpelin* bestreitet), sowie den etwaigen Hemmnissen des Bewegungsdranges bezeichnet. Diese Auffassung hat, soviel mir bekannt, kaum Anhänger gefunden; von *Krafft-Ebing* z. B., um nur einen Autor zu nennen, sagt in der neuesten Auflage seines Lehrbuches (1903), dass beide Grunderscheinungen, die Störung des Vorstellungsablaufes und die Stimmungsanomalie, als coordinirte, gleichwerthige aufzufassen seien.

2. Auf psychomotorischem Gebiete liegen die am meisten in die Augen springenden Symptome. Es handelt sich um eine starke Erregung und zugleich eine gesteigerte Erregbarkeit der psychomotorischen Functionen. Klinisch erkennen wir das vor allen Dingen an dem Beschäftigungsdrang und an dem Rededrang des Maniacus; wir achten dabei

auf seine Handlungen, seine sprachlichen und schriftlichen Aeusserungen und seinen Gesichtsausdruck. Der Manische kennt keine Hemmungen, jeder Gedanke wird bei ihm sofort zum Wort und zur That. Nirgends hat er Ruhe, Tag und Nacht ist er in Bewegung und mit Dingen beschäftigt, die weit über die Grenzen seines Berufes hinausgehen. Allerlei Pläne, die riskantesten Unternehmungen, Heiratsanträge, weite Reisen, Alkoholexcesse, sexuelle Lascivitäten und Ausschweifungen bringen die Angehörigen zur Verzweiflung. Der Kranke spricht unausgesetzt, mit einer fabelhaften Zungenfertigkeit (Logorrhoe, Tumultus sermonis), „er kommt vom Hundertsten ins Tausendste", er hat die Neigung zu witzeln, zu renommiren, zu zoten und zu spotten, laut zu reden, zu singen und zu johlen, möglichst viel zu schreiben und mit jedem Schmutz, auch mit seinen eigenen Excrementen zu schmieren. Die sprachlichen Aeusserungen wie die schriftlichen sind vom Rededrang und der Ideenflucht dictirt, infolgedessen ebenso copiös wie unzusammenhängend, mit zahlreichen Unterstreichungen, Schnörkeln resp. Accentuirungen versehen, unordentlich, ohne Maass und Ziel. Ganz gewöhnlich verbindet sich mit der geschilderten krankhaften Handlungsweise eine ausgesprochene, läppische Eitelkeit, die sich in gezierter Sprache, auffälliger Kleidung, Drapirung mit schreienden Farben, Blumen u. s. w. äussert. Ein Kranker aus meiner Beobachtung zerriss — und das ist beinahe typisch — seine Bettdecke in tausend kleine Fetzen und knüpfte sich daraus ein phantastisches Kleidungsstück zurecht, um möglichst auffallend zu erscheinen. Mit jeder neuen Decke wiederholte sich ungefähr zehnmal dasselbe Manöver. Der Gesichtsausdruck und das Mienenspiel des Manischen ist lebhaft, seiner Stimmung entsprechend heiter erregt, das Auge glänzend, die Haut turgescent.

Während sein ganzes Wesen in leichteren Stadien nur etwas Zerfahrenes, Unordentliches und in manchen Punkten an den Zustand des Angetrunkenen Erinnerndes hat, kann der eben beschriebene Grad der psychomotorischen Erregung in schweren Fällen so hoch werden, dass die Handlungen den Charakter der „Tobsucht" an sich tragen: der Patient wird brutal gewaltthätig, zertrümmert, was ihm in die Hände kommt, er tanzt und springt umher, schlägt an Thüren und Wände, zerreisst seine Kleider, exhibitionirt und prostituirt sich, onanirt und schmiert schamlos, schreit und brüllt stundenlang und ist somit im höchsten Grade gemeingefährlich.

Was die Steigerung der psychomotorischen Erregbarkeit betrifft, so kommt diese auch in ganz leichten Fällen oft darin zum Ausdruck, dass Widersprüche oder Unruhe seitens der Umgebung, eintretende Besuche und dergl. den schon vorhandenen Grad der Erregung noch mehr steigern. In Kliniken und Anstalten wird dies oft genug constatirt; während der ärztlichen Visite erreicht gar nicht selten die manische Erregung ihren Höhepunkt.

3. Die als „Ideenflucht" bezeichnete Störung des Vorstellungsablaufs besteht in dem fortwährenden Wechsel der verschiedenartigsten Vorstellungen ohne jede Hemmung und ohne dass wie beim Gesunden eine bestimmte Vorstellung in einer bestimmten Richtung weiter verarbeitet wird. Sie verräth sich in leichten Graden durch eine

unwiderstehliche Neigung zu Wortwitzen, zu Reimen, zur Ausnutzung von Alliterationen und Klangassociationen für die Zwecke des Rededrangs, durch das fortwährende Abschweifen vom Thema und Anknüpfen an Gesichts- und Gehörseindrücke, welche beim Gesunden durch die Hemmungsvorrichtungen an der sprachlichen Auslösung der entsprechenden Association gehindert werden. Jeder Sinnesreiz, z. B. eine im Gesichtsfeld auftauchende Person, eine Uhrkette, der Ton einer Glocke, das Wort eines Nebenstehenden wird sofort der Anknüpfungspunkt für ganze Associationsreihen, welche unter sich keinen logischen Zusammenhang, sondern eine flüchtige Ideenkette darstellen, deren einzelne Verbindungsglieder nur durch die oberflächlichsten Merkmale, wie Alliterationen etc., miteinander verbunden sind. Die sprachlichen Aeusserungen haben in dieser Hinsicht viel Aehnlichkeit mit den wohlbekannten „Bierreden" der leicht Betrunkenen. In solchen Fällen, wo diese Störung des Vorstellungsablaufs hochgradig ist, kommt es bei dem Kranken unter Umständen zu völliger zeitlicher und örtlicher Desorientirung, seine sprachlichen Aeusserungen verlieren auch den oberflächlichsten Zusammenhang, wie im „Telegrammstil" werden gänzlich disparate und unfertige Sätze und Worte aneinandergereiht. Man bezeichnet diesen Zustand als „ideenflüchtige Verwirrtheit". Er verbindet sich nicht selten mit jenen hohen Graden der psychomotorischen Erregung, welche zur „Tobsucht" führen.

Wir kommen nun zu den nicht constanten Symptomen der Manie.

4. In einer grossen Zahl der Fälle von reiner Manie begegnen wir den verschiedensten Hallucinationen und Illusionen; sie haben bei dieser Krankheit und bei dem betreffenden Kranken keinen besonderen Charakter, wie z. B. die depressiven Sinnestäuschungen der Melancholiker oder die oft so charakteristischen Hallucinationen der Paranoiker; *Mendel* betont nur ihre grosse Beweglichkeit und Flüchtigkeit. Was die Häufigkeit ihres Vorkommens anbelangt, so gehen die Angaben der verschiedenen Autoren sehr auseinander. *Wernicke, v. Krafft-Ebing* u. A. finden ihr Vorkommen nur vorübergehend und verhältnismässig selten. *Ziehen* sagt, dass höchstens in einem Fünftel der Fälle Hallucinationen auftreten, *Kräpelin* räumt ihnen eine etwas grössere Häufigkeit ein, ohne indessen Zahlen zu nennen. *Mendel* aber gibt in seiner, allerdings schon vor 20 Jahren erschienenen Monographie an, dass er bei genauem Nachforschen in $^4/_5$ der Fälle von typischer Manie und fast immer in der periodischen Manie Hallucinationen nachweisen konnte; in seinem Leitfaden (1902) dagegen betont er diese Häufigkeit nicht mehr so sehr. In den meisten Fällen handelt es sich um Gesichtstäuschungen und besonders leicht kommt es zu Illusionen: die Kranken verkennen oft ihre Umgebung, finden den Gesichtsausdruck ihrer Bekannten irgendwie verändert, verwechseln gerne die Personen, sehen Lichtscheine, Heiligenbilder, Fratzen, Thiere, herrliche Landschaften oder obscöne Dinge. Hallucinationen der anderen Sinne sind selten.

5. Wahnvorstellungen sind im Bilde der Manie nicht selten, indessen von Fall zu Fall sehr wechselnd nach ihrer Art, nach der Dauer und dem hartnäckigen Beharren oder nur oberflächlichen Auftauchen. In

den leichteren Formen oder im Beginn der Manie äussert der Kranke meist nur Ideen der Selbstüberschätzung, der besonderen Leistungsfähigkeit in geistiger und körperlicher Beziehung; er ist eitel, selbstgefällig und renommirt mit allerlei Eigenschaften, Familienabstammung, hohen Bekanntschaften, persönlichen Beziehungen zu fürstlichen Häusern u. s. w., von denen nur ein geringer Theil oder auch gar nichts der Wirklichkeit entspricht. Immerhin bewegen sich diese Ideen noch in den Grenzen des Möglichen. In den schwereren Formen aber, wenn auch die psychomotorische Erregung und die Ideenflucht höhere Grade angenommen hat, kommt es zu ausgesprochenen Grössenwahnvorstellungen, welche sich kaum von denjenigen eines Paralytikers, eines Paranoikers oder eines senil Dementen unterscheiden liessen, wenn nicht das Gesammtbild diese Möglichkeiten ausschlösse. Genau so, wie diese doch ganz anders zu beurtheilenden Kranken, produciren die Manischen oft ganz unsinnige Grössenideen, z. B. sie seien Gott, Kaiser, Weltenschöpfer, Urahn des Menschengeschlechtes, der Gott aller Götter, Jesus Christus, Erfinder der unmöglichsten Weltbeglückungssysteme, Besitzer eines „riesigen Vermögens, das sie innerhalb weniger Stunden in Amerika erworben haben" u. s. w. Weibliche Patienten bezeichnen sich oft als Jungfrau Maria, Geliebte des Kaisers, Mutter Gottes und des ganzen Hohenzollernhauses und dergl. mehr.

Die Wahnvorstellungen der Manischen sind also vorwiegend expansiver Art. Weniger häufig, aber doch keineswegs ganz selten begegnen wir depressiven Wahnvorstellungen, besonders Beeinträchtigungs-, Vergiftungs- und Verfolgungsideen. Mit Vorliebe hören wir auch „physikalische" Wahnideen dieser Art äussern, z. B. der Kranke werde durch Spiegel beobachtet, mit Röntgenstrahlen durchleuchtet, mit Schwefeldünsten bearbeitet, durch elektrische Drähte in stete Unruhe versetzt oder auch durch besondere Vorrichtungen sexuell missbraucht. Alle diese Vorstellungen aber sind nicht festsitzend, wie bei dem Paranoiker, sie zeigen fast nie die schwachsinnige Expansion wie beim senil oder paralytisch Dementen.

6. Das Bewusstsein ist meist nur in jenen oben erwähnten Zuständen der ideenflüchtigen Verwirrtheit, also in schweren Fällen der Manie gestört. Eine leichte Trübung lässt sich aber auch in leichteren Fällen häufig daran erkennen, dass die Orientirung des Kranken in Bezug auf Ort und Zeit, auf die Personen seiner Umgebung und seine eigene Situation nicht ganz intact ist. Stärkere Störungen des Bewusstseins sind indessen durchaus ungewöhnlich und erregen den Verdacht einer anderen Erkrankung.

7. Störungen in der Wahrnehmung und Verarbeitung äusserer Eindrücke werden von *Kräpelin* besonders betont. Sie lassen sich bei der Manie ziemlich regelmässig (ausser bei ganz leichten Fällen) nachweisen, besonders in dem mangelhaften Verständnis des Kranken für die Vorgänge in seiner Umgebung. Dieselben dringen nicht bis in die Tiefe seiner Psyche, sie lösen nicht die bei Gesunden üblichen Associationsgruppen aus wegen der erhöhten Ablenkbarkeit seiner Aufmerksamkeit. So kommt es, dass der Kranke oft in charakteristischer Weise sich ein ganz falsches Bild seiner Umgebung und seiner Lage macht, von den Mitpatienten im Krankenhause gar keine Notiz nimmt, sich

der grössten Sonnenhitze oder allerlei Schmerzen aussetzt, ohne dadurch in seinem psychischen und körperlichen Verhalten auch nur im geringsten beeinflusst zu werden.

8. Bei dem stürmischen Bilde, welches die psychischen Störungen der Manie meist geben, treten körperliche Symptome ganz in den Hintergrund mit Ausnahme der Schlaflosigkeit, welche sich schon in den allerersten Tagen der Krankheit sehr auffallend bemerkbar macht und bis zum Abfall der Krankheit anhält. Die Kranken sind infolge des Bewegungsdranges auch während der Nacht nur wenige Stunden ruhig, dann fast fortwährend ausser Bett und können meist nur mit sehr starken hypnotischen Mitteln zum Schlaf gebracht werden. Sie kennen ferner kein Gefühl der Ermüdung, trotz der fortgesetzten motorischen Unruhe; in ihrer gehobenen Stimmung und in ihrer renommirenden Selbstüberschätzung produciren sie Kraftleistungen, fügen sich Schmerzen, ja selbst schwere körperliche Verletzungen (im Stadium der Tobsucht) zu, ohne selbst nur im Geringsten im Sinne einer Erschöpfung oder eines Schmerzes zu reagiren: sie gehen darüber nicht nur stillschweigend, sondern ausgelassen heiter hinweg.

Der Appetit ist gesteigert, die Nahrungsaufnahme meist gut, aber bei der Vielgeschäftigkeit unregelmässig, falls sie nicht durch Hallucinationen oder Wahnideen (z. B. „die Stimme Gottes verbietet mir, zu essen") noch mehr beeinträchtigt wird. Trotzdem nimmt das Körpergewicht im Exaltationsstadium ab, was bei der gesteigerten Muskelthätigkeit nicht verwunderlich ist. Puls und Respiration sind etwas beschleunigt; die Temperatur ist bei starker Erregung etwa um einen Drittel- oder halben Grad höher als beim Gesunden, ohne fieberhaft zu sein. Im Blut soll der Hämoglobingehalt, im Urin der Gehalt an Harnsäure und Phosphaten herabgesetzt sein. Einzelne Autoren fanden während des Erregungsstadiums abnorme Bestandtheile im Urin, wie Eiweiss, Pepton, Aceton, Indican.

Nachdem wir so die symptomatologische Basis kennen gelernt haben, auf welcher sich das klinische Bild der Manie abspielt, wenden wir uns zu der Art des Verlaufes der Krankheit, wie sie uns in der Wirklichkeit entgegentritt.

In dem **Verlauf der Krankheit** werden meist drei Stadien deutlich unterschieden, das Initialstadium, das Hauptstadium (Stadium exaltationis) und das Stadium decrementi.

Das Initialstadium, welches sich über einige Tage oder Wochen erstreckt, beginnt meist mit körperlichen und seelischen Prodromalerscheinungen des allgemeinen Missbehagens. Der Kranke hat jetzt noch ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl. Im Vordergrunde seiner Beschwerden steht der schlechte Schlaf bis zur völligen Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit. Eingenommensein des Kopfes und allgemeine Mattigkeit. Dabei äussert er nicht selten hypochondrisch-melancholische Klagen, z. B. über Störungen der Selbstempfindung, Schmerzen und Parästhesien, über körperliche und geistige Insufficienz, verfehlten Beruf und andere Selbstvorwürfe. Manche Autoren sprechen ausdrücklich von einem melancholischen Vorstadium und

Mendel gibt an, dass er dasselbe fast nie vermisste, sofern es nur möglich war, eine genaue Anamnese zu erheben.

Allmählich entwickelt sich aus diesem Stadium der depressiven Beschwerden ein völlig gegensätzlicher Zustand und damit der Beginn des Hauptstadiums. Der Kranke „thaut auf", er wird heiter, gesprächig, alle körperlichen und geistigen Arbeiten erledigt er „spielend", er fühlt sich so gesund wie noch nie. Seiner Umgebung erscheint er jetzt noch ganz normal, aber die rasch zunehmende Exaltation wird auch dem Laien bald auffällig und bringt den Kranken leicht in Conflict mit Menschen und mit Gesetzen nicht nur des gesellschaftlichen Taktes, sondern auch der Moral und des Staates. Er wird mehr und mehr heiter erregt, selbstbewusst, redselig, macht Witze, gestikulirt dabei lebhaft, läuft unruhig herum, hat nirgends Ruhe, stürzt sich in allerlei Unternehmungen, schmiedet zahllose Pläne, reist vielgeschäftig hin und her, verschwendet Geld, begeht maasslose Excesse in Baccho et Venere und wird in seinen Aeusserungen und Handlungen obscön, rücksichtslos, spott- und streitsüchtig gegen seine Mitmenschen. Kurzum, es zeigt sich unverkennbar die krankhaft gehobene Stimmung und die starke psychomotorische Erregung. Zu diesen beiden Hauptsymptomen hat sich bereits auch das dritte gesellt: jene Störung des Vorstellungsablaufes, die man als „Ideenflucht" zu bezeichnen pflegt. Wie wir oben des Genaueren besprochen haben, kommt sie zum Ausdruck in einer nur ganz oberflächlichen Verknüpfung der Gedankengänge, in einem fortwährenden Wechsel von einem Thema zum andern, wobei oft nur Klangähnlichkeiten, Alliterationen oder sprachliche Uebung zum neuen Thema hinüberleiten. So kommt es zu Wortwitzen, zu Wortreimen und ganzen Gedichten, zum Einflechten von Citaten und schliesslich zu einer sprachlichen und schriftlichen Productivität, welche quantitativ erstaunlich, aber inhaltlich gänzlich zusammenhanglos ist und bei hochgradiger, ungeordneter Ideenflucht nur baren Unsinn zu Tage fördert. Als Beispiel einer derartigen Ideenflucht führe ich Ihnen zunächst folgendes „Gedicht" eines manischen Patienten der Charité vor, dessen Productivität auf diesem Gebiete so excessiv war, dass er nicht genug Papier finden konnte und sich mit allerlei Fetzen, besonders gern mit Closetpapier, begnügte, um nur seinem Dichterdrang zu genügen:

„Ich ging Patroullen auf und ab
mit barften Füssen und frohem Sinn
dahin durch Feld und Flur
Zu suchen nach der Spur
nach einem Freunde
Oder offenen Feinde
Ich ging zur Exelenz
machte meine Referenz
Wollte keine Stipendien
Geh meinetwegen nach Indien
Wo in Sibirien die Zuchthäusler schinden
Da kann man mich eventuell finden
Wo am Bodensee der Reihn in die Donau nicht fliesst
Wo in Wien, London, Prag, Kassel, Australien es giesst

Dass ist die schimmernde Blüte der Wellen
Dass ist ein ganz schönes Sorrent
Dass ist nicht zu ersetzen, wo Jugend, Tugend und Alter
Sich mit Gewissenheit, Hoffnung, Pflicht und Achtung sich paart
Dass ist auch eine Ehre zu nennen
Wenn man auf Kaktusstacheln sich legt
Wenn man auf Dielen noch Hoffnung ergiesst
Dass ist die schimmernde Blüte der Wellen
Dass ist auch ein Männer-Sorrent."

Sie erkennen hierin deutlich, wie die Gedanken ohne jeden logischen Zusammenhang, nur nach Rhythmus und Reim aneinandergereiht sind; von Stipendien kommt er auf Indien (Klangassociation), von Indien auf eine Reihe von geographischen Associationen, die aber ganz wahllos (Sibirien—Bodensee, Cassel—Australien) aneinandergefügt sind; das Wort Jugend löst gleichzeitig das gleichklingende Tugend und das Contrastwort Alter aus, im selben Moment aber zieht der Begriff Tugend eine ganze Anzahl anderer menschlicher Eigenschaftsbegriffe nach sich. Die heitere Stimmung, die Neigung zu Witzen („wo der Rhein in die Donau nicht fliesst") und zu Citaten („das ist die schimmernde Blüthe der Wellen") ist Ihnen bereits aufgefallen. Unter ein anderes Gedicht schrieb er die typisch ideenflüchtigen Schlussworte:

„Wer liebt mich — wer stiebt mich — Und ihn — und Wien —
Und mir — mit Kiel — und mich — Heinrich — ist nicht verrückt."

Seine Neigung zu Schnörkeln in der Handschrift und zum Zeichnen phantastischer Figuren ist in den zahlreichen Elaboraten unverkennlich. Trotz der schon ganz erheblichen Exaltation sind die Kranken in diesem Stadium doch noch vorübergehend zu fixiren, d. h. es gelingt, wenn auch nur für Augenblicke, z. B. beim Besuche von Bekannten, sie von ihren eigenen Gedankengängen abzulenken und von ihnen geordnete Auskunft zu erhalten, aus der hervorgeht, dass sie über alle persönlichen, örtlichen und andere Verhältnisse klar orientirt sind. Doch machen sich nicht selten auch jetzt schon Sinnestäuschungen, Wahnideen, leichte Bewusstseinstrübung und Störungen der Wahrnehmung bemerkbar, wie sie oben beschrieben sind. Ihr Vorhandensein tritt aber nicht so deutlich in die Erscheinung wie in dem weiteren Verlauf, den eine immer noch zunehmende Erregung auf allen Gebieten bis zur vollkommenen Tobsucht kennzeichnet. Besonders die psychomotorische Erregung nimmt jetzt gefährliche Formen an, die Kranken sprechen und schreien sich heiser, tyrannisiren ihre Umgebung, werden leicht aggressiv und scheuen sich nicht, ihren Trieben die Zügel schiessen zu lassen. Die Ideenflucht nimmt ebenfalls zu, die sprachlichen und schriftlichen Aeusserungen nehmen einen verwirrten Charakter an, Hallucinationen und Wahnideen treten jetzt häufiger stark in den Vordergrund. Und zwar hält sich der Kranke einerseits im Grössenwahn etwa für ein übermenschliches oder mit Reichthümern, geistigen und körperlichen Fähigkeiten ganz besonders begabtes Wesen; andererseits aber deutet er seine Freiheitsberaubung — denn er muss nun bereits in die

Anstalt gebracht werden — als Verfolgung von dieser oder jener ihm neidischen, ihn vernichten wollenden Seite. Nach beiden Richtungen hin wird er darin durch entsprechende Hallucinationen unterstützt. Uebrigens finden Sie eine in dieser Hinsicht psychopathologisch äusserst interessante und wichtige Selbstbiographie einer geheilten Maniaca in einer Mittheilung *Forel's* im 34. Bande des Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Bei einem unserer Kranken wurde während dieses Stadiums Folgendes nachstenographirt. Sie erkennen darin ein Beispiel sprachlicher Aeusserungen bei ideenflüchtiger Verwirrtheit:

> „Das wussten wir schon, wenn ein Apfel herunterfällt, so dürfen wir ihn nicht essen. Das Christuskind, die heilige Jungfrau Maria. Ja, ja, Sechs oder Sieben glaube ich ja auch, das ist ja so ein Streifen. Wie deutlich soll man sprechen, mit Gummi oder mit Arabicum? Aepfel und Birnen, kein Korn, man weiss ja nicht, was es heute alles gibt, das darf Keiner wissen, eben das, die drei Wärter, eins, zwei, drei, vier, — fünf, sechs, sieben, acht. — Zwölf oder vier, ich habe ja gesagt, wo ich nochmal ja sagen wollte, so musste ich ja die Ehrenbezeugung machen etc. etc."

In dieser Weise sprach der Kranke stundenlang mit einer fabelhaften Geschwindigkeit, so dass der Nachschreibende, ein geübter Parlamentsstenograph, Mühe hatte, das Wesentliche festzuhalten. Die Schnelligkeit, gemessen an der Silbenzahl in der Minute, übertraf diejenige eines gewöhnlichen Redners um das Zwei- bis Dreifache. Der Inhalt hat gar keinen Zusammenhang und ist ganz unverständlich, nur Spuren der associativen Anknüpfungspunkte lassen sich zwischen den einzelnen Sätzen noch erkennen („mit Gummi oder mit Arabicum"; er sieht drei Wärter, spricht es aus und knüpft daran einen Zahlenrhythmus: „1, 2, 3, 4 — 5, 6, 7, 8"). Der Passus von dem Christuskinde und der Jungfrau Maria hängt mit entsprechenden Hallucinationen und Wahnideen zusammen: er sah, wie die Jungfrau mit dem Christuskinde auf dem Arme zu ihm herniederschwebte und glaubte, dass sie besondere Beziehungen mit ihm unterhalte. Im übrigen war er manisch tobsüchtig, gestikulirte und grimmassirte lebhaft, tanzte, sang und sprang im Saal herum, schlug an die Fenster und Thüren, bemalte die Wände mit Koth, schmierte sich Fussbodenwichse in den Schnurrbart, zerriss seine Kleider und machte sich aus den Fetzen eine neue, eigene, phantastische Drapirung zurecht; er manipulirte viel und ungenirt mit den Geschlechtstheilen, stiess obscöne Worte aus, duzte alle Aerzte und stellte ihnen zuweilen bei der Visite die anderen Kranken als ganz gesund, als seine Freunde, als hohe Gönner vor, während er sonst nur Händel mit ihnen hatte, sie mitleidlos misshandelte, sowie sie seinen Intentionen nicht folgten. Der geringste Widerspruch steigerte seine Erregbarkeit noch mehr, so dass er förmliche Wuthausbrüche bekam und in der gefährlichsten Weise mit Mord und Todtschlag drohte. Wenn auch diese zornigen Erregungen alsbald wieder verrauchten und neuen Ideengängen Platz machten, so waren sie doch in Anbetracht des völligen Mangels an Hemmungen augenblicklich sehr ernst zu nehmen.

Wenn ich Ihnen in dem Bisherigen gewissermaassen ein Prototyp des Verlaufs des Exaltationsstadiums gegeben habe, so glauben Sie nicht, dass diese Schilderung für alle Fälle Geltung habe. Wie die ganze Krankheit, so variirt auch dieses Hauptstadium in weiten Grenzen sowohl bezüglich der Schwere der klinischen Erscheinungen, als auch bezüglich der Gleichmässigkeit des Verlaufs und der Zeitdauer, welche die Entwicklung der einzelnen Zustandsbilder von ihren ersten Anfängen bis zur vollen Ausbildung gebrauchen. In unserer gesammten Wissenschaft lernen wir jeden Tag aufs Neue, dass die Natur, die Wirklichkeit sich nicht in bestimmte Formen spannen lässt, dass jede Krankheitsform die mannigfaltigsten Variationen eingeht. So auch hier. Bei der Beschreibung der Hauptformen, in welchen die Manie auftritt, werden wir diese Verschiedenheiten in der Schwere und der Continuität des Verlaufs kennen lernen.

Was die Entwicklungsart und Dauer des Exaltationsstadiums anbelangt, so ist auch diese sehr verschieden. In vielen Fällen entwickelt sich die starke Erregung im Laufe von Wochen, in anderen rasch innerhalb weniger Tage aus den ersten Anfängen der Exaltation; in anderen Fällen wieder entsteht ganz plötzlich in wenigen Stunden aus einem leichten oder mittleren Erregungsgrade die schwerste Tobsucht. Das ganze Höhestadium der Krankheit beläuft sich gewöhnlich auf eine Reihe von Wochen und Monaten, aber auch selbst bis zur Dauer eines Jahres und länger, so dass man schon an eine „chronische" Manie zu denken geneigt ist. Die „Tobsucht" ist nicht etwa als ein besonderes Stadium im Krankheitsverlaufe aufzufassen, sondern nur als eine besondere Phase der Exaltation, welche meist anfallsartig auftritt und verschwindet, worauf schon der Sprachgebrauch hindeutet, welcher bekanntlich einzelne „Tobsuchtsanfälle" registrirt. In der Mehrzahl aller Fälle ist thatsächlich die Tobsucht auf das gewöhnliche Exaltationsstadium nur für einige Stunden oder Tage gleichsam superponirt, während die Fälle von wochen- und monatelanger Tobsucht selten sind. Wohl aber ist eine Neigung zu häufiger Wiederkehr dieser schweren Erregungsausbrüche bei hoch gesteigerter Erregbarkeit stets vorhanden. Auch die einfache Exaltation ohne Tobsucht kann zu allen Zeitpunkten ihres Verlaufs erhebliche Schwankungen aufweisen, so dass die Kranken oft tagelang nur heiter verstimmt, vielgesprächig und etwas lebhaft in ihren Bewegungen erscheinen, das Krankhafte ihrer vorherigen Erregung zum Theil einsehen und ganz geordnete Auskunft geben (lucida intervalla), bis dann mehr oder weniger plötzlich, z. B. bei Frauen zur Zeit der Menstruation, das alte, turbulente Bild mit allen Symptomen zum Vorschein kommt. Remissionen und Exacerbationen dieser Art sind ungemein häufig und charakteristisch für den Verlauf des Hauptstadiums.

Das dritte Stadium der Manie, Stadium decrementi, in welchem das Krankheitsbild allmählich abklingt, markirt sich nicht etwa durch eine plötzliche oder symptomatisch scharf begrenzte Wendung. Das Wesen der Krankheitserscheinungen bleibt vielmehr unverändert, sie nehmen aber mehr und mehr an Intensität ab. Dies zeigt sich wiederum am deutlichsten an der psychomotorischen Unruhe, an dem allmählich nachlassenden

Bewegungs- und Rededrang. Im engsten Zusammenhange damit steht die Besserung des Schlafs, welche für den Eintritt der Restitution ein ebenso wichtiges Zeichen ist, wie es die Schlaflosigkeit für den Beginn der Erkrankung war. Die Ideenflucht, die Hallucinationen und Wahnideen, wie auch die übrigen Symptome blassen immer mehr ab und verschwinden im Laufe von Wochen. Wenn auch hin und wieder nochmal eine leichte Exaltation aufflackert, so hat doch das Gros der Erscheinungen jetzt eine entschiedene Tendenz zur Wiederherstellung des normalen psychischen Gleichgewichts. Die Patienten haben meist Erinnerung an das Vorgefallene und Krankheitseinsicht, sie machen sich leicht Selbstvorwürfe über ihre manischen Handlungen, sind reizbar, labiler Stimmung oder werden apathisch. In anderen Fällen wieder suchen sie alles Geschehene zu entschuldigen, zu beschönigen und sind dabei von einer läppischen Schwatzhaftigkeit und kindischen Geschäftigkeit, so dass sie den Eindruck leichten Schwachsinnes erwecken. Die älteren Irrenärzte bezeichneten diesen letzteren Zustand als „Moria". Die Dauer des Ausgangsstadiums wechselt sehr und lässt sich im allgemeinen nicht bestimmen. Meist können Sie es nach Wochen berechnen. Bald sind es nur 8—14 Tage, bald (vielleicht infolge von Exacerbationen und Schwankungen) eine Reihe von Wochen. Soviel ist aber sicher, dass der Krankheitsbeginn bis zum Höhestadium — zeitlich gedacht — einen weit steileren Curvenschenkel darstellt, als der langsam absteigende Schenkel des Stadium decrementi.

Haben wir es nun mit einer reinen Manie zu thun, so geht das Stadium decrementi nach nur kurzen depressiven oder Schwächesymptomen der beschriebenen Art in **völlige Heilung** über. Die meisten Autoren fassen dieses so oft anzutreffende depressive Nachstadium als eine geistige und körperliche Reaction auf die excessiven Leistungen des Maniacus während der Exaltation auf, die *Kräpelin*'sche Schule dagegen legt dem depressiven Moment eine tiefere Bedeutung bei und findet hierin einen Uebergang zu den circulären oder manisch-depressiven Psychosen, beziehungweise zu den Mischformen des manisch-depressiven Irreseins und gleichzeitig einen der Beweise für die Zusammengehörigkeit der Manie mit dieser Krankheitsgruppe. Als Ausdruck der allgemein entgegengesetzten Anschauung citirte ich Ihnen *v. Krafft-Ebing*, welcher (1903) sagt: „Eine solche Lösung (nämlich der Manie in ein melancholisches Durchgangsstadium zur Genesung) ist eine sehr seltene, wenn man nicht unrichtigerweise ein Erschöpfungsstadium mit reactiver schmerzlicher Perception der durch die Erschöpfung bedingten geistigen Insufficienz als Melancholie auffasst."

Auf die ausser der Heilung möglichen Ausgänge der Manie kommen wir bei Besprechung der Prognose zurück. Zunächst interessiren uns die Varietäten, d. h. die verschiedenen klinischen Formen der Manie, sodann ihre Aetiologie und ihre Differentialdiagnose.

Aus Gründen der besseren Uebersichtlichkeit empfiehlt sich für die Praxis, folgende **Varietäten der Manie** auseinander zu halten, welche nach der Schwere der Krankheitserscheinungen von den meisten Autoren — allerdings nur willkürlich, ohne feste Grenzen — gegen einander abgestuft werden, nämlich:

a) die Hypomanie *(Mendel)*, welche den mildesten Grad der Manie darstellt. Wir finden bei ihr die Cardinalsymptome wohl ausgeprägt, aber dem Kranken steht noch ein gewisses Maass von Hemmungen, von Selbstbeherrschung zur Verfügung, so dass er nicht gemeingefährlich erscheint, nicht unbedingt der Anstaltspflege bedarf und unter günstigen Umständen auch in seiner gewohnten Umgebung existiren kann. Immerhin kann er durch seinen Rededrang, seine Spottsucht, seine unangebrachte Heiterkeit, durch Taktlosigkeiten, Excesse und Geldverschwendung sehr lästig werden. Hallucinationen, Wahnideen, Bewusstseins- und Wahrnehmungsstörungen machen sich aber kaum bemerkbar, weshalb früher diese Form auch als „Mania sine delirio", von den Franzosen als „Folie raisonnante", d. h. etwa „Manie mit erhaltener Vernunft" bezeichnet wurde. Vielfach werden diese Patienten von Laien nicht als geisteskrank anerkannt. — Ein noch leichterer Grad der manischen Erregung, bestehend in einfacher Euphorie mit erhöhter Arbeitslust, Unternehmungsgeist und Sprechlaune, Mania mitis *(Hoche, Hecker)* lässt sich oft bei jenen allerleichtesten Fällen von periodischer oder circulärer Verstimmung nachweisen, welche während ihres ganzen Lebens kaum je als geisteskrank im engeren Sinne angesehen werden. Damit ist schon gesagt, dass es sich bei ihnen auch nicht um eine reine Manie handelt.

b) Als Mania gravis bezeichnet man die stärkeren Grade der „klassischen Manie", bei welcher alle Symptome in voller Höhe ausgebildet sind.* Treten Hallucinationen („Mania hallucinatoria") und Zustände von Verwirrtheit in den Vordergrund, wie dies ja vorübergehend vorkommt, so sprechen einige Autoren von „deliriöser Manie", während das Hervorstechen von Wahnideen dazu Veranlassung gab, eine „Manie mit Wahnbildung" als Unterabtheilung von den übrigen Formen abzutrennen. — Alle diese letzteren Unterscheidungen je nach dem Hervortreten dieser oder jener Nebensymptome sind für Sie, meine Herren, in der Praxis von ganz untergeordneter Bedeutung. Sie haben einen gewissen classificatorischen Werth für denjenigen, welcher die einzelnen Formen der Geistesstörung in Beziehung zu einander zu bringen und ein System der Psychosen zu finden bemüht ist. Für unsere Zwecke können wir zur Zeit davon völlig abstrahiren. — Die früher beliebte Aufstellung einer „peracuten" oder „transitorischen" Manie beruht auf einem diagnostischen Irrthum, es handelt sich dabei um epileptische Dämmerzustände oder Aequivalente.

Eine weitere Varietät wäre die chronische Manie. Ihr werden wir aber ebenso wie der recidivirenden Manie bei Besprechung der Prognose begegnen.

In der Aetiologie spielt die erbliche Belastung, die psychopathische Veranlagung eine Hauptrolle. Sie werden selten eine Manie zu Gesicht bekommen, bei der nicht eine hereditäre Belastung den Boden für die Entstehung der Psychose geebnet hat. Die ätiologische Bedeutung des

---

* *Mendel* versteht unter Mania gravis nur diejenigen Fälle mit tobsüchtiger Erregung, bei denen eine fieberhafte, meist infectiöse Complication infolge von Verletzungen in der Regel zum Tode führt.

hereditären Moments ist für die Manie mindestens ebenso gross, wenn nicht noch grösser, wie für die anderen functionellen Psychosen. Gleichartige Belastung treffen wir oft bei den periodischen und circulären Formen. Ganz besonders prädisponirt für die Erkrankung an Manie ist ferner ein bestimmtes Lebensalter, nämlich das jugendliche. Das zweite und dritte Decennium ist entschieden das Prädilectionsalter der Manie. Grosse Statistiken ergeben übereinstimmend, dass sie hauptsächlich in der Zeit vom 15. bis 25. Lebensjahre, aber am allerhäufigsten in den Pubertätsjahren beobachtet wird. Weit seltener ist sie in höheren (senile Manien sind oft keine reinen Manien, sondern Zustandsbilder der senilen Demenz), am seltensten im mittleren Lebensalter. Das Kindheitsalter bleibt ebenfalls von manieartigen Zuständen nicht verschont. Die Häufigkeit beim männlichen und beim weiblichen Geschlecht ist ungefähr gleich, etwas häufiger scheint das weibliche Geschlecht befallen zu werden. Dies erklärt sich vielleicht aus dem unverkennbar begünstigenden Einfluss, welchen Menstruation und deren Störungen, Gravidität, Puerperium, Lactation und erschöpfende Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane auf die Entstehung einer Manie haben. Wie derartige individuelle Momente auf der Basis der psychopathischen Disposition beim Weibe, so können unter gleichen Verhältnissen auch beim Manne körperliche und geistige Noxen eine Manie auslösen, z. B. erschöpfende Infectionskrankheiten (Tuberculose), Ueberanstrengung im Berufe, Kopfverletzungen. Weiter werden als specielle Auslösungsursachen von einzelnen Beobachtern genannt: Herzfehler, Blutverluste, Sonnenstich, Schreck und andere Gemüthserregungen. Ein junges Mädchen aus meiner Beobachtung bekam eine Manie nach Operation einer Fissura ani.

Bei alledem ist das Vorkommen der reinen Manie im Vergleich zur Häufigkeit der übrigen Psychosen ein sehr seltenes. Sie ist unter den wohlcharakterisirten functionellen Psychosen die seltenste. *Mendel* berechnete (1881) aus seinem Material (in dem freilich die progressive Paralyse dominirte und so das Procentverhältnis für die Manie ungünstig verschob) für die Manie eine Häufigkeit von 6—7% aller übrigen aufgenommenen Psychosen. Dies war zu einer Zeit, wo andere Statistiken noch 14—17% Manien ergaben. In den letzten fünf Jahren sanken die Zahlen unter dem Einfluss der verschärften Kritik der Diagnosen seit *Kräpelin's* Anstoss noch mehr. So fand z. B. *Hinrichsen* 1898 in dem Material der Züricher Anstalt in Burghölzli unter 223 Fällen von Manie nach Ausscheidung aller zweifelhaften Krankheitsbilder nur neun reine Fälle von sicher und dauernd geheilter Manie; dies würde also nur einer Häufigkeit von etwa 4% entsprechen. *Mayser* revidirte unter denselben Gesichtspunkten 2400 Krankengeschichten aus der Anstalt Hildburghausen und fand 59 einfache reine Manien, welche geheilt sind; davon waren zur Zeit der betreffenden wissenschaftlichen Untersuchung 32 Fälle noch immer gesund, d. h. also mit 20—30jähriger Genesungsdauer. Dies wäre eine Häufigkeit von etwa 2·5, resp. 1·2%. *Ziehen* gibt (1903) an, dass auf 100 Einlieferungen der Jenenser psychiatrischen Klinik 3—4 Manien kommen.

So gering auch der Werth derartiger Procentualberechnungen sein mag, so viel geht doch aus den wichtigen Untersuchungen aller dieser

Autoren hervor, dass es eine reine, dauernd geheilte Manie gibt, dass aber allerdings ihr Vorkommen sehr selten ist. Unter dem Einfluss der *Kräpelin*'schen Auffassung vom manisch-depressiven Irresein haben es diese Autoren zum Theil vermieden, Fälle von recidivirender Manie zur reinen Manie zu rechnen. Würden sie dies gethan haben, so wäre die gefundene Zahl für die Häufigkeit der Manie etwas grösser ausgefallen. Nach unserer Meinung aber haben wir zur Zeit keine irgendwie dringende Veranlassung, Fälle von einmaliger Manie und solche, in denen es zu einem Recidiv kommt, von einander zu trennen, so wenig, wie wir z. B. ein Pneumoniercidiv anders classificiren als eine einfache Pneumonie. Wohl aber scheinen uns diejenigen Fälle von Manie, welche mit einer deutlichen Periodicität, also einer ganz eigenartig hervorstechenden pathologischen Eigenschaft auftreten, einer gesonderten Stellung und Betrachtung zu bedürfen. Sie gehören zu dem der einfachen Manie zwar verwandten, aber doch seinem inneren Wesen nach etwas abweichenden Capitel der periodischen Psychosen.

Die Diagnose wird Ihnen nach dem bisher Gesagten keine Schwierigkeiten bereiten. Ich brauche Ihnen auch die so charakteristischen Cardinalsymptome und die übrigen Begleiterscheinungen der Manie hier nicht noch einmal zu wiederholen. Wichtig ist nur, dass Sie sich stets die Thatsache vor Augen halten, dass die Manie bei Weitem häufiger Zustandsbild, vorübergehende Phase einer anderen Psyche, als ein selbständiges Krankheitsbild ist. Hier kommen differentialdiagnostisch folgende Möglichkeiten in Frage: 1. Die progressive Paralyse. Bei jeder Manie im 30.—40. Lebensjahre müssen Sie an progressive Paralyse denken. Sowohl im Beginn wie im Verlauf der Paralyse können maniakalische Erregungszustände auftreten. Wir finden dabei aber einerseits körperliche Zeichen der organischen Gehirnerkrankung, wie reflectorische Pupillenstarre, paralytische Sprachstörung, Functionsstörungen der übrigen Gehirnnerven, der Sensibilität, der Reflexe, Zittern u. s. w.; andererseits Zeichen des geistigen Verfalls: Urtheilsschwäche, zunehmenden Schwachsinn, labile Stimmung, kindische Grössenideen u. a. entscheidende Symptome, die Sie aus der Pathologie der Dementia paralytica bereits kennen. Vor allen Dingen ist auch die Anamnese von Wichtigkeit. 2. Die Dementia praecox. Auf sie fällt sofort unser Verdacht, wenn wir einen manischen Kranken im Alter von 15—20 Jahren vor uns haben, denn bei ihr kommen manische, besonders hypomanische Zustandsbilder häufig vor. Aber bei der reinen Manie zeigt die Ideenflucht, die Sprache, die Schrift nicht jene katatonen Begleiterscheinungen (Sprachmanieren, Sprachverwirrtheit, Wortneubildungen, Verbigeration), wie sie den frühzeitigen Verblödungsprocessen eigen sind. Die Handlungen des Katatonikers unterscheiden sich von denjenigen des Maniacus durch das Manierirte, Theatralische, Unnatürliche, durch Stereotypien, durch plötzliche, ganz unmotivirte Acte, durch Negativismus und Befehlsautomatien im Stupor; die Ausdrucksbewegungen des Katatonikers sind nicht wie beim Maniacus der jeweiligen Stimmung angepasst, sondern von der Stimmung unabhängig oder ihr geradezu entgegengesetzt und übertrieben. Der Katatoniker ist nicht wie der Maniacus anscheinend geistreich, productiv, witzig, begeisterungsfähig, sondern läppisch, fad, albern,

und gemüthsstumpf. Auch für diese differentialdiagnostische Frage wird übrigens eine genaue Anamnese wichtigen Aufschluss geben. 3. Das acute hallucinatorische Irresein (Amentia, Delirium hallucinatorium) kann ebenfalls eine ziemliche Aehnlichkeit mit maniakalischen Erregungszuständen zeigen; bei ihm stehen aber die massenhaften Hallucinationen mehr im Vordergrunde als bei der Manie, die Wahrnehmung und Verarbeitung äusserer Eindrücke ist schwer gestört, es besteht keine echte Ideenflucht, kein eigentlicher Bewegungsdrang, sondern ganz ziellose oder hallucinatorisch beeinflusste Unruhe, verwirrter Gesichtsausdruck und beständiger Stimmungswechsel. Der Maniacus ist verwirrt nur in Zuständen höchster Exaltation, der Kranke mit Amentia ist es auch bei sonst ganz geringfügiger Erregung. 4. Die periodische Manie und das circuläre Irresein können natürlich beim ersten Anfall nie ausgeschlossen werden, mit einiger Sicherheit können sie nur aus der Anamnese und dem späteren Verlauf diagnosticirt werden. Erfahrene Beobachter glauben, dass ein rascher Beginn und ein rascher Anstieg der Krankheit bis zur Höhe, dabei aber ein milder Verlauf ohne Tobsucht und Verwirrtheit für die periodische oder circuläre Psychose spreche. Indessen würde ich Ihnen nicht rathen, sich auf derartig unsichere Momente in der Praxis zu verlassen. Ebenso deutet angeblich die Vermischung der maniakalischen Exaltation mit melancholischen Zuständen auf das circuläre Irresein (*Kräpelin-Weygandt's* Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins). 5. Epileptische und hysterische Erregungszustände können bis zu einem gewissen Grade den maniakalischen gleichen. Ausser der schnellen Entstehung und der meist kurzen Dauer („Mania transitoria") wird häufig der Zusammenhang mit einem Anfall und anderen Symptomen dieser Neurosen, sowie die Anamnese die Diagnose sichern. 6. Von den Vergiftungen ist es eigentlich nur die Alkoholintoxication, welche differentialdiagnostisch in Frage kommt. Sie gibt sich durch die Anamnese, Tremor und Foetor alcoholicus, Unsicherheit der Beine u. s. w. zu erkennen. Andere Gifte (Belladonna, Haschisch u. a.) rufen gleichfalls starke somatische Symptome hervor.

Die Prognose der Manie ist eine durchaus günstige, falls die Kranken vor der Möglichkeit bewahrt werden, sich im Exaltationsstadium lebensgefährlichen Schaden zuzufügen, mit anderen Worten, falls sie rechtzeitig der Anstaltsbehandlung überwiesen werden. Am sichersten heilen die leichten Fälle (Hypomanie). Wenn es ferner auch kein allgemein giltiger Satz ist, so mag man sich doch bei der Prognosenstellung seiner erinnern, dass nämlich die Aussicht auf vollständige Heilung um so besser ist, je geringer die hereditär belastenden Thatsachen ins Gewicht fallen. Handelt es sich um ein schwer belastetes Individuum, so ist die Gefahr eines Recidivs, des periodischen oder circulären Auftretens in Erwägung zu ziehen. Freilich muss auch dann in der Regel der einzelne manische Anfall als heilbar bezeichnet werden. Ueber die Dauer der Krankheit können wir im einzelnen Falle nichts aussagen. Es gibt Fälle, welche schon in wenigen Wochen oder Monaten heilen, die meisten brauchen circa 4—8 Monate, ein kleiner Theil dauert ein Jahr und noch länger. Die lange Dauer an sich schliesst die Heilbarkeit nicht aus, doch entwickeln sich dann um so leichter bleibende geistige Defecte geringen Grades.

Im Allgemeinen ist also der Ausgang der Manie die Heilung. Dies gilt für die grosse Mehrzahl der Fälle; nur in wenigen Fällen bleibt eine mehr oder weniger erhebliche geistige Schwäche und Energielosigkeit mit gemüthlicher Reizbarkeit zurück so dass die betreffenden Personen im socialen Leben nicht mehr die frühere Rolle spielen und geistig minderwerthig erscheinen (secundäre Demenz). Dieser Ausgang kommt aber mehr der recidivirenden und der periodischen Form zu als der einfachen, reinen Manie. Es ist nicht zu bezweifeln, dass die Manie eine ausserordentliche Neigung zum Recidiviren hat. Das Recidiv kann schon nach kurzer Zeit, etwa einem Jahre, oder erst nach vielen Jahren eintreten. Es verläuft in der mehr oder weniger typischen Weise eines primären manischen Anfalles, öfter finden wir aber auch Abweichungen im klinischen Bilde der einzelnen Recidive. Gar nicht selten wiederholen sich Recidive zwei-, drei-, viermal und noch öfter während der Lebensdauer des Betreffenden, ohne dass man immer eine bestimmte auslösende Ursache nachweisen kann. Diese Recidive kommen aber zum Unterschiede von der periodischen Manie in ganz ungleichen, willkürlich wechselnden Zwischenräumen, welche oft um Jahrzehnte von einander differiren, zum Ausbruch. Das einzelne Recidiv hat eine durchaus günstige Prognose, nur dass unter Umständen häufige Recidive die psychische Rüstigkeit im Sinne der oben erwähnten secundären Demenz etwas beeinträchtigen können, aber nicht immer zu beeinträchtigen brauchen. In anderen, äusserst seltenen Fällen wurde eine chronische Manie als Ausgang der gewöhnlichen Manie beobachtet. Allerdings hatte sie sich meist an eine recidivirende Manie, bezw. an die manischen Phasen einer circulären Psychose angeschlossen, und *Wernicke* glaubt, dass eine acute reine Manie niemals zu einer chronischen Manie wird. Ihre Dauer erstreckt sich über viele Jahre und selbst Jahrzehnte, bis zum Lebensende, und sie ist stets mit geistigen, besonders ethischen Defecten verbunden.

Die Manie führt sehr selten und nur dann zum Tode, wenn gefährliche Complicationen infolge von Erschöpfung oder Verletzung hinzutreten, wie sie während der tobsüchtigen Erregung ja nicht ausgeschlossen sind.

Die Behandlung der Manie, soweit sie in die Hand des praktischen Arztes gelegt ist, beschränkt sich eigentlich auf eine einzige Indication, nämlich die Aufnahme des Kranken in eine geschlossene Anstalt. Diese Indication ist gegeben durch die Gemeingefährlichkeit fast aller Manischen. Nur ganz leicht Hypomanische machen davon eine Ausnahme und können eventuell zu Hause überwacht werden. Im Allgemeinen aber ist jeder Maniacus für sich und seine Umgebung in jeder Hinsicht gefährlich und daher seine schleunige Verbringung in eine psychiatrische Anstalt erforderlich. Hier erfolgt die Behandlung in der Hauptsache mit Bettruhe, Fernhaltung anderer Kranken, nassen Einpackungen, Dauerbädern und guter Ernährung. Wer das Bild der maniakalischen Erregung kennt, weiss, dass dies alles leichter gesagt als gethan ist. Die Kranken setzen oft allen ärztlichen Maassnahmen den heftigsten Widerstand entgegen, so dass man zu medicamentösen Beruhigungsmitteln, zur Isolirung, zur Schlundsondenfütterung seine Zuflucht nehmen muss. Der erfahrene Psy-

chiater wird aber alles versuchen, bevor er Zwangsmaassregeln anwendet. Von Medicamenten ist vor allem das Hyoscin, sodann Duboisin, Chloralhydrat und Brom zu empfehlen. Einige Autoren rühmen die Wirksamkeit der combinirten Anwendung z. B. von Hyoscin und Chloral, Hyoscin und Morphium, Brom und Chloral, besonders zur Beruhigung und Schlaferzeugung des Nachts. Im übrigen hat sich schon immer gerade bei der Manie die „no-restraint"-Behandlung vorzüglich bewährt.

Die periodische Manie

bedarf (ebenso wie nachher das circuläre Irresein) einer besonderen kurzen Besprechung, weil sie sich von der einfachen, reinen, sowie von der recidivirenden Manie durch einen pathologischen Grundzug unterscheidet, der uns sonst in der gesammten Pathologie nur noch wenige Male begegnet, nämlich die Periodicität. Das Wesen der einzelnen Anfälle allerdings ist genau dasselbe wie bei einfacher Manie. *Hitzig*, der die nosologische Sonderstellung der periodischen Psychosen gegen die *Kräpelin*'sche Classification am wirksamsten vertheidigte, betont aber mit Recht, dass die Trennung der sogenannten primären von den periodischen Psychosen nicht allein im didaktischen, sondern ebenso sehr im theoretischen wie praktischen Interesse geboten sei. Er sagt: „Unter „Periodicität" versteht man doch von jeher die in bestimmten Zeiträumen regelmässig unabänderlich eintretende Wiederkehr der Erscheinungen. So folgt in der Natur der Wandel der Gestirne, der Wechsel der Jahreszeiten, Tag und Nacht, mit eiserner, in dem Wesen der Dinge begründeter Nothwendigkeit aufeinander. Und die gleiche Periodicität tritt uns in dem Dasein des Menschen, im Schlafen und Wachen, in der Menstruation und in zahlreichen, sich automatisch vollziehenden Verrichtungen des menschlichen Körpers entgegen. Diese Periodicität, und das ist das Charakteristische, ist in dem eigenthümlichen Wesen der Dinge begründet, mag es sich nun um ein Sonnensystem oder um das Nervensystem eines Menschen handeln; sie ist endogen begründet und bedarf an sich exogener Ursachen in keiner Weise."

Die Auffassung *Hitzig's* theilen heutzutage noch die meisten zeitgenössischen Psychiater. *Kräpelin* und *Wernicke* aber, diejenigen, welche gerade jetzt reformatorisch an die Classification der Geisteskrankheiten herangehen, stehen auf entgegengesetztem Standpunkte. Sie betrachten die Periodicität als etwas Nebensächliches, im System nicht Ausschlaggebendes; das Wichtige ist für sie *(Kräpelin)* die Neigung der Krankheit, überhaupt wiederzukehren, ob genau periodisch oder unregelmässig, ist gleichgiltig.

Unter periodischer Manie hat man demnach — wenn wir aus praktischen Gründen die bisher allgemein übliche Eintheilung *Hitzig's* beibehalten — solche, ihrem Wesen nach manische Erregungszustände zu verstehen, welche in derselben Weise regelmässig, periodisch wiederkehren. Die manische Exaltation ist nur eine von den drei Grundformen des periodischen Irreseins, die zweite Form ist die periodische Melancholie, die dritte das circuläre Irresein. Die *Hitzig*'sche Definition der periodischen

Psychosen ist nun gegenüber den Thatsachen und nach der Meinung derer, welche mit ihm an der Sonderstellung dieser Krankheitsgruppe festhalten, offenbar nicht so rigoros zu verstehen, dass die Periodicität der Wiederkehr genau an Tag und Stunde gebunden wäre. Gewisse Schwankungen innerhalb bestimmter Grenzen müssen auch hier ebenso zugelassen werden, wie sie bei anderen periodischen Erscheinungen, z. B. bei der Menstruation, ganz bekannt sind. In diesem Sinne spricht *Hans Laehr**) von dem „Offenbarwerden einer Tendenz zur Periodicität", welche der Krankheit des betreffenden Individuums immanent ist und zur Annahme einer periodischen Psychose genügt.

Die Kennzeichen der periodischen Manie sind also: periodische Wiederkehr in den eben gezogenen Grenzen und völlige Gleichartigkeit der einzelnen Anfälle mit „photographischer" Treue. Das Symptomenbild, die klinische Form, die Verlaufsart und die Dauer der periodischen Anfälle wäre ebenso zu beschreiben wie bei der einfachen Manie. Wir können daher von der Wiederholung absehen. Nur zwei wichtige Punkte sind hier noch zu besprechen. Es wird allgemein hervorgehoben, dass der Beginn und die Entwicklung der periodischen Manieanfälle bis zu ihrer vollen Höhe ein rascherer ist als bei der einfachen Manie. Die Exaltation ist meist binnen wenigen Tagen auf der Höhe, nachdem nur kurzdauernde Prodrome, wie Präcordialangst, neuralgiforme Schmerzen, Eingenommenheit des Kopfes und gedrückte Stimmung vorhergegangen sind. Der Ausgang dagegen ist selten kurz, meist ein allmählicher und zeigt oft ein depressives Nachstadium. Der zweite Punkt, den ich noch betonen möchte, betrifft die Häufigkeit der periodischen Manie im Gegensatz zu dem seltenen Vorkommen der einfachen Manie. Von allen periodischen Psychosen steht die Manie der Häufigkeit nach an zweiter Stelle nach dem circulären Irresein. Die Aetiologie kennt hier nicht nur die hereditäre Belastung als Hauptfactor, die Pubertät und die senile Involution, d. h. beim Weibe das Klimacterium als Prädilectionsalter, sondern auch eine organische und traumatische Ursache der periodischen Manie. Des Oefteren wurden periodische Psychosen von manischem und circulärem Charakter als Folge einer traumatischen Gehirnaffection oder auf der Grundlage von Gehirnnarben nach Apoplexie, Encephalomalacie u. s. w., auch diffusen organischen Erkrankungen meningitischer oder encephalitischer Natur beobachtet. Gerade diese Fälle mit besonderer Aetiologie sind es, welche selbstverständlich nicht an ein besonderes Lebensalter gebunden sind, welche ferner klinisch besonders schwere, an die epileptische Geistesstörung erinnernde Formen annehmen, hirncongestive Symptome, starke Bewusstseinstrübungen aufweisen und in Verblödung ausgehen.

Die Dauer der Perioden schwankt von wenigen Tagen bis zu Monaten; die einzelnen Perioden sind aber nicht immer gleich lang, auch nicht immer von gleicher Intensität.

Die Differenzdiagnose zwischen einfacher und periodischer Manie, bezw. circulärem Irresein lässt sich, wie ich schon früher erwähnt habe,

---

* Schweizerhof, Privatheilanstalt u. s. w. Dritter Bericht, 50 Jahre nach seiner Gründung. Berlin 1903.

im concreten Fall nicht stellen, wenn nicht die Anamnese frühere Perioden nachweisen kann. Die Wichtigkeit der verschiedenen Prognose beider Krankheitsformen wird uns davon abhalten, auf einzelne klinische Momente, wie z. B. die raschere Entwicklung der periodischen Manieanfälle, ihren mehr hypomanischen Verlauf und das Fehlen eines depressiven Vorstadiums im Gegensatz zur einfachen Manie ein allzugrosses Gewicht zu legen. Alle diese Unterschiede sind keine feststehenden Merkmale. Im Uebrigen stützt sich die Differenzdiagnose gegen andere manische Zustände auf dieselben Kriterien wie bei der reinen Manie.

Die Prognose des periodischen Anfalles ist gut; er geht fast immer in Heilung über, abgesehen von etwa bleibenden, leicht psychopathischen Momenten, Stimmungslabilität, Reizbarkeit u. dergl. Die Periodiker sind in den freien Intervallen in ihrem Beruf meist ebenso leistungsfähig und social vollwerthig wie vor Beginn der Krankheit. Nur nach häufig wiederholten Perioden sieht man zuweilen eine „Heilung mit Defect", d. h. im Intervall, nach Ablauf der manischen Erregung die Erscheinungen der secundären Demenz. Die Prognose der periodischen Manie als solcher dagegen ist quoad sanationem infaust. So sicher eine ganze Anzahl von zuverlässig beobachteten Fällen in dauernde Heilung ausgegangen ist, so sicher ist es andererseits, dass die Mehrzahl als incurabel zu betrachten ist, dass also die Anfälle immer wiederkehren, oder dass sie eine depressive, resp. circuläre Form annehmen, oder endlich, dass sie eine andere, auch eine gemischte Psychose, vielleicht auch eine dauernde Demenz für immer hinterlassen.

Die Behandlung der periodischen Manie macht natürlich vor allem die Aufnahme in die geschlossene Anstalt erforderlich, sobald der Beginn eines Anfalles bemerkbar wird. Weiterhin dienen auch hier die oben erwähnten hydrotherapeutischen, medicamentösen etc. Maassnahmen zur Beruhigung der Exaltation.

Hervorzuheben sind zahlreiche Versuche, gegen das Wesen der periodischen Entwicklung eine besondere Behandlungsmethode anzuwenden, welche in mehreren Fällen von dauerndem Erfolg waren, in anderen wenigstens präventiv die Anfälle wiederholt unterdrückten. So wandte *Hitzig* systematisch vor Beginn der einzelnen Perioden subcutane Atropininjectionen von 1—3 Mgrm. mit gutem Erfolge an. Aehnliche coupirende Wirkungen berichten *Kohn*, *Kräpelin* u. A. von einer hoch dosirten systematischen Brombehandlung, *Mendel* von Ergotininjectionen. Diese Heilversuche fordern entschieden zur weiteren Prüfung auf, während zahlreiche andere (Morphium, Opium etc.) sehr häufig im Stiche liessen.

Alle ernsteren therapeutischen Versuche gründen sich auf physiologisch-pathologische Hypothesen, welche insbesondere vasomotorische Störungen des Gehirns als Angriffspunkt wählen. Wir wissen aber über das Wesen der Manie und aller ihr verwandten Geistesstörungen sowie über ihre pathologische Anatomie zur Zeit noch gar nichts Sicheres, ausser dem Befunde einer organischen Gehirnläsion in jenen seltenen Fällen, in denen sich eine periodische Psychose nach einer Apoplexie, Encephalomalacie, Meningitis u. s. w. entwickelt hat.

Den Schluss unserer heutigen Betrachtung bildet

Das circuläre und das „manisch-depressive" Irresein.

Unter circulärem Irresein verstehen wir diejenigen Formen der Geistesstörung, in welchen ein regelmässiger Wechsel von manischen oder wenigstens Exaltationszuständen mit melancholischen Depressionen stattfindet. Die Regelmässigkeit des Auftretens der einzelnen Phasen, das Offenbarwerden einer Tendenz zur Periodicität, sowie die Regelmässigkeit des Wechsels zwischen Exaltation und Depression ist in einer erheblichen Zahl von Fällen unverkennbar. In einer noch grösseren Zahl aber wird diese Regelmässigkeit in beiden Hinsichten vermisst und eine unbegrenzte Variabilität festgestellt, welche von den einfachsten zu den complicirtesten Verhältnissen fliessende Uebergänge schafft. Hier liegt entschieden eine Schwäche der nosologischen Stellung dieser Krankheitsgruppe, welche bisher entweder stillschweigend übergangen wurde, oder die Veranlassung gab, Alles, was nicht in obigem Sinne periodisch war, auszuschliessen. Die daraus entstehende Schwierigkeit, eine Menge von Fällen nicht passend rubricieren zu können, war u. A. ein Grund für *Kräpelin*, alle diese Formen nebst den einfachen und periodischen Grundformen unter dem Namen des „manisch-depressiven Irreseins" zusammenzufassen.

Es würde uns zu weit führen, wollten wir auf diese bereits in der Einleitung berührten Fragen, auf das Für und Wider der eben in Fluss befindlichen Classificationscontroversen näher eingehen. Dafür ist hier nicht der Ort. So lange, bis eine Einigung erzielt ist, erscheint es nicht zweckmässig, die typischen, die atypischen und die Uebergangsfälle der einfachen und der periodischen Psychosen zu einer Gruppe zu vereinigen und so jeden concreten Fall mit einer bisweilen nur unvollkommen passenden Etikette zu versehen. Es ist vielmehr der Vorschlag am Platze, sich in jedem Einzelfall darüber klar zu werden, worin die Uebereinstimmung mit diesem und worin etwa mit einem anderen Typus zu finden ist. Daraus wird sich dann die Anlehnung an einen bestimmten Typus oder die Zwischenstellung zwischen mehreren ergeben *(Hans Laehr)*. Wir unterscheiden also auch beim circulären Irresein praktisch zwischen typischen und atypischen Fällen.

Die typische Form zeigt einen derartigen Verlauf, dass sich an eine melancholische Depression eine manische Exaltation anschliesst; darauf folgt ein freies Intervall; auf dieses folgt wieder Depression, dann Exaltation und so fort, immer ungefähr mit demselben klinischen Bilde, „mit photographischer Treue". Wegen des freien Intervalls spricht man hierbei auch von discontinuirlichem oder intermittirendem Typus, während beim continuirlichen Typus auf die Depression die Exaltation und auf diese ohne Unterbrechung wieder Depression u. s. w. folgt. Natürlich kann der Beginn des Circulus, die erste Phase auch eine Manie sein, doch ist der melancholische Anfang bei weitem häufiger. Ein weiterer Typus wäre der alternirende, wobei nach jeder einzelnen Phase, sowohl der depressiven wie der exaltirten, ein Intervall folgt. Die Dauer der einzelnen Phasen kann in den weitesten Grenzen, schon von einem Tage an bis zu Monaten variiren. Weder die Dauer der beiden entgegengesetzten Phasen braucht

unter sich gleich zu sein, noch die Dauer der Phase und des Intervalls unter sich. Für den Begriff der Periodicität aber ist die ungefähr gleich lange Dauer der Intervalle erforderlich, falls es sich um den discontinuirlichen Typus handelt und von einem periodischen Irresein die Rede sein soll.

Alle diese typischen Formen sind nicht blos theoretisch construirt, sie kommen thatsächlich in praxi zur Beobachtung. Allein die Mehrzahl der zum circulären Irresein gerechneten Psychosen lässt eine Tendenz zur Periodicität nicht offenbar werden und zeigt eine atypische Form. Die ganze Krankheit kann überhaupt mit einer einfachen, eventuell recidivirenden Psychose (z. B. Melancholie) anstatt des manisch-melancholischen Cyclus beginnen; oder die Intervalle sind von sehr verschiedener Dauer, oder bei demselben Individuum wechselt der continuirliche mit dem discontinuirlichen Typus, oder der erste typische Verlauf wird durch Einschiebsel nicht cyclischer Art, d. h. einfache Psychosen unterbrochen, oder die Intensität der einzelnen Phasen wechselt so sehr, dass z. B. in einem Depressionsstadium völliger Stupor, im nächsten eine nur geringfügige Verstimmung besteht, welche eventuell gar nicht zur Kenntnis des Arztes gelangt u. s. w.

Nicht nur die Anfälle eines und desselben Kranken, sondern auch diejenigen verschiedener Individuen zeigen die grössten Abweichungen von einander. Sehr verschieden ist oft auch der Beginn und der Ausgang resp. Uebergang der einzelnen Phasen, kurz, wir begegnen einer unerschöpflichen Mannigfaltigkeit der Formen.

Für das circuläre Irresein sind dieselben ätiologischen Factoren maassgebend wie für die periodische Manie, der wichtigste unter ihnen ist die erbliche Belastung. Das Alter der Pubertät und des Klimacteriums ist am meisten gefährdet. Der Verlauf der einzelnen Phasen unterscheidet sich dem Wesen nach nicht von den oben beschriebenen manischen Bildern, bezw. von dem Ihnen in einer späteren Vorlesung zu schildernden Krankheitsbilde der Melancholie. Alle dort besprochenen Symptome können sich in der circulären Psychose wiederfinden, doch ist es sehr bemerkenswerth, dass die meisten Beobachtungen den diagnostisch wichtigen Satz bestätigen: Das manische Stadium des circulären Irreseins erhebt sich meist nur bis zum Grade der Hypomanie; die periodische Manie dagegen nimmt ebenso oft den Grad der Hypomanie wie den der Mania gravis an. Andererseits: eine Mania gravis spricht an sich nicht gegen das circuläre Irresein, eine Hypomanie aber muss im gegebenen Falle stets den Verdacht einer periodischen, bezw. circulären Psychose erwecken. Und, wie schon erwähnt, der rasche Beginn und Anstieg der Initialpsychose bis zur vollen Höhe, ebenso auch der rasche Ausgang kommt vorzugsweise den periodischen oder circulären Psychosen zu; die einfachen Psychosen halten gewöhnlich ihr Vor- und Nachstadium ein.

Durch einen besonders milden Verlauf zeichnen sich die leichten Formen des periodischen Irreseins aus, welche von *Hecker* als „Cyclothymien" bezeichnet und neuerdings von *Hoche* gesondert beschrieben wurden. Sie ragen mit der Exaltation wie mit der Depression nur wenig über das physiologische Niveau hinaus; die betreffenden Patienten werden

vielfach irrthümlich für Neurastheniker oder überhaupt nicht für krank gehalten. Es ist wichtig, angesichts so mancher Psychopathen, denen wir im alltäglichen Leben begegnen, sich dieser leicht circulären Gruppe zu erinnern.

In manchen Fällen wird die Differentialdiagnose zwischen circulärem Irresein und einfacher Manie, resp. Melancholie bis auf Weiteres unentschieden bleiben. Von geringer Bedeutung ist die differentielle Diagnose zwischen circulärem Irresein und periodischer Manie, resp. periodischer Melancholie, da ja in beiden Fällen die Prognose ungefähr gleich ist. Um so bedeutungsvoller ist sie aber gegenüber der Dementia praecox, weil die meisten Fälle des circulären Irreseins wie die Dementia praecox im Pubertätsalter beginnen und die Prognose recht verschieden ist. Hier müssen sorgfältig alle katatonen Symptome ausgeschlossen werden, deren Kenntnis Ihnen bereits durch einen früheren Vortrag vermittelt ist. Selbst bei grosser Erfahrung macht diese Unterscheidung oft grosse Schwierigkeiten. Besondere Genauigkeit der Anamnese und der Untersuchung erfordert auch die Ausschliessung der progressiven Paralyse.

Die Prognose des circulären Irreseins ist ungünstig quoad sanationem. Es sind nur wenige Fälle von Heilung bekannt geworden. Im Allgemeinen gilt diese Krankheit als unheilbar, und es besteht im späteren Verlauf derselben die Gefahr der terminalen Verblödung, wenn dies auch nicht immer der Fall ist. Der einzelne Cyclus ist in der Regel als heilbar zu bezeichnen und auf ein gesundes Intervall zu rechnen. Ausnahmen bestätigen die Regel.

Die Behandlung ist im Allgemeinen dieselbe wie bei der periodischen Manie, resp. Melancholie.

Anhangsweise möchte ich Sie daran erinnern, dass die Manie, die Melancholie und die circulären Psychosen nicht die einzigen Geistesstörungen sind, welche periodisch auftreten können. Aehnliches, wenn auch nicht mit der exorbitanten Häufigkeit, ist bei dem acuten hallucinatorischen Irresein und anderen nicht so scharf definirbaren Geistesstörungen beobachtet worden. *Ziehen* u. A. beschreiben auch eine „periodische Paranoia“. Es ist fraglich, ob bei diesen seltenen periodischen Formen das Moment der Periodicität in dem oben beschriebenen Sinne stets gewahrt blieb. Endlich wären hier noch die periodischen krankhaften Triebe, wie die periodische Trunksucht (Dipsomanie), die periodisch-krankhaften Aeusserungen des Geschlechtstriebes (periodische Psychopathia sexualis) etc. zu erwähnen.

Es erübrigt uns jetzt nur noch, einen kurzen Blick auf das „manisch-depressive Irresein“ zu werfen, welches in seiner Fassung durch *Kräpelin* bei manchen Fachgenossen mehr und mehr an Geltung gewonnen hat und in einer Darstellung der „Deutschen Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts“ nicht wohl übergangen werden kann.

Kräpelin rechnet zur Krankheitsgruppe des manisch-depressiven Irreseins sämmtliche Manien, einfache wie periodische, sämmtliche Formen des circulären Irreseins, die periodische Melancholie und alle im jugendlichen Alter auftretenden Melancholien, welche nicht etwa einem Zustandsbilde der Dementia praecox entsprechen. Das Moment der Periodicität ist ihm

unwesentlich, wesentlich ist dagegen die Tendenz zur Wiederkehr. Denn beim einzelnen Kranken wie bei verschiedenen Individuen finden fliessende Uebergänge von den periodischen zu den aperiodischen Anfällen statt. Nirgends ist eine scharfe Grenze und man weiss nicht, wo man bei jahre- oder jahrzehntelangen Intervallen aufhören soll, von Periodicität zu sprechen. Auch die Gleichheit der einzelnen Anfälle und Cyklen in klinischer Hinsicht schwankt in weiten Grenzen und unerschöpflichen Mannigfaltigkeiten. Und schliesslich treffen wir „Mischzustände" des manisch-depressiven Irreseins, welche isolirt und als selbständige Phasen eines Cyklus an Stelle der typischen Manie oder Melancholie auftreten können und welche besonders durch *Weygandt's* Arbeiten bekannt geworden sind.

Da wir von ihnen noch nicht gesprochen haben, sei hier noch nachgetragen, was *Weygandt* darüber sagt: Es kommt vor, dass im Verlauf einer Manie oder Depression eines der wichtigsten Symptome in sein Gegenstück umschlägt, z. B. dass ein heiterer Maniacus traurig verstimmt wird, oder dass ein Stupor bei gleichbleibender Stimmung mit Erregung abwechselt. Ferner kann beim Umschlag der manischen in die depressive Phase und umgekehrt der Wechsel der Stimmung oder der Psychomotilität schon vorher eintreten, so dass in der Uebergangszeit eine Mischung besteht. Aber es kann auch der ganze Anfall von dem Bilde des Mischzustandes beherrscht werden. Typische, daraus resultirende Gruppirungen sind: 1. der manische Stupor, d. h. psychomotorische Hemmung bei gehobener Stimmung, an Stelle der Ideenflucht Denkhemmung; 2. agitirte Depression: traurige Stimmung bei Erregung und Ideenflucht; 3. unproductive Manie: gehobene Stimmung und psychomotorische Erregung bei Denkhemmung („Moria" im Stadium decrementi der Manie). Dazu gesellen sich noch beliebige andere Variationen, atypische Mischzustände.

So viel über das manisch-depressive Irresein. Sie sehen, meine Herren, dass diese Krankheitsgruppe es allerdings ermöglicht, alle uns interessirenden Formen in ihr zu rubriciren. Andererseits zwingt sie uns aber, so wohlcharakterisirte Krankheitstypen, wie die einfache Manie, unter eine Rubrik zu bringen, in welche sie doch nicht ganz passen. Und nicht zuletzt ist zu bedenken, dass so grosse und bequeme Classificationsgruppen mit möglichst weiten Grenzen wie das manisch-depressive Irresein praktisch und didaktisch für die Allgemeinheit eine Gefahr in sich bergen, nämlich oberflächliche Beobachtung, Wegfall der scharfen Detaillirung und Abgrenzung klinischer Charaktere und damit eventuell Verwischung der Diagnose und Prognose.

Die forensische Bedeutung der einfachen und periodischen Manie sowie des circulären Irreseins liegt hauptsächlich in der manischen Exaltation mit ihrer Neigung zu Verschwendung und Unfug, zu Gewaltthätigkeiten, Verletzung der Sittlichkeit und Conflicten mit der Staatsgewalt. Der § 51 des Strafgesetzbuches hat selbstverständlich in Anwendung zu kommen, wenn nachgewiesen ist, dass die strafbare Handlung in der Zeit der Krankheit und nicht des freien Intervalles begangen ist. Nur wenn in den Intervallen ein gewisser Grad von geistigem Defect, eine secundäre

Demenz besteht, kommt auch für diese Zeiten der § 51 in Frage, welche indes nur von Fall zu Fall zu entscheiden ist.

Der Ehescheidungsparagraph des bürgerlichen Gesetzbuches (§ 1569) findet auf die periodischen Psychosen keine Anwendung, weil ja selbst nach jahrelanger Dauer einer Periode noch Aussicht auf Heilung („geistige Gemeinschaft"), wenn auch meist nur eine vorübergehende, vorhanden ist. Bei reiner Manie kommt selbstverständlich Ehescheidung nie in Betracht. Bei länger dauernden Anfällen der beschriebenen Psychosen kommt die Entmündigung in Frage.

Am Schlusse, meine Herren, möchte ich nicht unterlassen, für diejenigen, welche unserem heutigen Thema und dem gegenwärtigen Stand der Maniefrage ein eingehenderes Interesse entgegenbringen, nachstehend einige Quellen zum Specialstudium zu empfehlen:

Mendel, Die Manie, 1881.

Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen, 1901.

Hoche, Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins, 1897.

Kräpelin, Psychiatrie, 6. Auflage.

Wernicke, Grundriss der Psychiatrie, 1900.

v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, 1903.

Ziehen, Psychiatrie, 1902.

Hitzig, Ueber die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen. Berliner klin. Wochenschr., 1898.

Weygandt, Ueber die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins, 1899.

16. VORLESUNG.

Die Melancholie.

Von

R. Wollenberg,

Tübingen.

Meine Herren! Wenn wir bei einem Rückblick auf die Literatur der Psychiatrie bis zum Beginn ihrer neuesten Entwicklungsperiode die mannigfach wechselnden Bezeichnungen und Gruppirungen der verschiedenen Krankheitsformen betrachten, so können wir das bekannte Schillersche Wort von dem ruhenden Pol in der Erscheinungen Flucht mit einem gewissen Recht auf die Krankheitsbilder der Manie und Melancholie anwenden.

Auch der Begriff der letzteren hat zwar im Laufe der Zeiten gegenüber seiner ursprünglichen Bedeutung verschiedentliche Umgestaltungen erfahren. Bis in die neueste Zeit hat aber das so bezeichnete Krankheitsbild als ein besonders gesicherter und wohlbegrenzter klinischer Besitz gegolten.

Die lebhafte Bewegung, die sich in der Gegenwart namentlich unter dem Einfluss der *Kraepelin*'schen Lehren auf dem gesammten Gebiet der psychiatrischen Forschung geltend macht und der Anlass zu wichtigen Umgestaltungen und Erweiterungen unserer Anschauungen geworden ist, hat nun auch zu einer Revision der Lehre von der Melancholie und zu einer von der bisherigen wesentlich abweichenden Auffassung dieses Krankheitsbildes geführt.

Indessen kann heute von einer endgiltigen Lösung der schwierigen, hier zu entscheidenden Fragen noch nicht die Rede sein. Wir befinden uns vielmehr zur Zeit mitten in einem Widerstreit der Meinungen, dessen Ende vor der Hand nicht abzusehen ist.

Unter diesen Umständen gilt auch von der Melancholie der Satz, den *Hoche* in diesen Vorträgen unlängst mit Bezug auf die Dementia praecox ausgesprochen hat, dass es nämlich bei dem gegenwärtigen Stand der Sache nicht möglich ist, in dogmatischer Form über sie zu schreiben. Die nachfolgende Darstellung wird demnach keine abge-

schlossene sein können, sondern sich im Wesentlichen auf eine Wiedergabe der gegenwärtigen Sachlage beschränken müssen.

* * *

Nach der älteren Auffassung, die mit geringen Modificationen auch in der Mehrzahl der neueren Lehrdarstellungen zum Ausdruck kommt, bildet die Melancholie mit der Manie und Amentia eine Gruppe der functionellen Psychosen.

Sie befällt beide Geschlechter, das weibliche etwas häufiger als das männliche. Wenn sie auch kein Alter verschont, so bevorzugt sie doch unzweifelhaft das Rückbildungsalter (Klimacterium, Präsenium und Senium) derart, dass beim weiblichen Geschlecht die zwischen dem 45. und 50., beim männlichen die zwischen dem 50. und 60. Jahre liegende Altersperiode im Allgemeinen am stärksten betroffen ist.

Erbliche Belastung findet sich in einer erheblichen Zahl der Fälle; vielfach sind es originär psychopathische und minderwerthige Individuen, die weiterhin an Melancholie erkranken.

Als auslösende Ursachen werden besonders seelisch deprimirende Einflüsse (Schreck, Sorge, Kummer, Vermögensverlust) verantwortlich gemacht, die entweder direct oder indirect durch Beeinträchtigung des Schlafes, des Ernährungszustandes wirken; ferner von rein körperlichen Störungen beim Weibe die mit dem Fortpflanzungsgeschäft im Zusammenhang stehenden Vorgänge (Gravidität, Lactation) und bei beiden Geschlechtern Erkrankungen der Unterleibsorgane, besonders Magenaffectionen, Functionsstörungen der Geschlechtsorgane (Onanie), Infectionskrankheiten (Influenza), Operationen etc.

Die Entwicklung der Krankheit erfolgt meist subacut, oft nach einem Vorstadium von Wochen bis Monate langer Dauer, das durch vage Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Mattigkeit, unlustige Stimmung, wohl auch schon durch gelegentliche Angstanfälle gekennzeichnet ist.

Die wesentlichen Zeichen der ausgebildeten Krankheit sind eine äusserlich gar nicht oder nicht hinreichend motivirte traurige Verstimmung und dieser Affectlage entsprechende Wahnideen im Sinne der Herabsetzung und Verkleinerung der eigenen Person (Kleinheits-, Verarmungs- und Versündigungswahn) oder im Sinne der einseitigen Beschäftigung mit dem Zustande des eigenen Körpers oder Geistes (hypochondrischer Wahn).

Als dritte charakteristische Krankheitserscheinung wird endlich eine Erschwerung und Verlangsamung der psychischen Processe (psychische Hemmung) angeführt.

Um das Krankheitsbild im Einzelnen anschaulich zu machen, werden wir am besten von einigen concreten Fällen ausgehen.

In dem ersten Falle handelt es sich um einen erblich belasteten und von jeher unselbständigen und willensschwachen Mann, der im Alter von 58 Jahren, also an der Schwelle des Greisenalters, psychisch erkrankt ist. Schon seit einigen Jahren waren Kopfschmerzen und leichte Schwindelanfälle vorgekommen, dazu hatte er selbst die Empfindung, dass ihm das Denken schwerer fiele und dass sein Gedächtnis nachliesse, Erscheinungen, die im Zusammenhang mit dem gegenwärtigen objectiven

Befund wohl den Schluss auf bestehende Hirnarteriosklerose zulassen. Schwere Gemüthsbewegungen, die sich in den letzten Jahren häuften, gaben dann den Anstoss zu der gegenwärtig bestehenden Krankheit. Diese begann mit trauriger Verstimmung und Angstanfällen, zu denen sich bald sehr ausgesprochene Verkleinerungs- und Versündigungsideen gesellten: Der Kranke glaubt, den Anforderungen seines Berufes nicht mehr gewachsen zu sein, seinen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen zu können, gänzlich verarmt zu sein. Er klagt sich der schwersten Verbrechen an; er sei niemals ein rechter Christ gewesen, sein Gewissen sei jetzt erst aufgewacht und sage ihm, dass er ein Ehebrecher, Räuber, Mörder sei, ins Zuchthaus gehöre, nicht mehr essen, sich nicht mehr kleiden, nicht mehr leben dürfe. Weiterhin nahmen diese Wahnideen einen immer groteskeren Inhalt an; die Klinik sei gar kein Krankenhaus, ihre Insassen seien vielmehr Unglückliche, die wegen seiner Schuld büssen müssten; sein Essen bedeute für Andere den Tod, denn es sei lauter Blut, was er geniesse; er habe durch sein Essen schon Viele ermordet; er müsse die Verpflegungskosten für alle Insassen der Klinik bezahlen etc. — Dazu hörte er Stimmen entsprechenden Inhalts und sah auch Nachts Gestalten meist verstorbener Angehöriger, die ihm Vorwürfe machten. — Gleichzeitig bestand eine zwar in der Intensität wechselnde, aber immer sehr hochgradige ängstliche Erregung; er konnte oft vor Jammer die Worte nicht finden, hatte nirgends Ruhe, sondern lief händeringend umher. Er sträubte sich gegen Alles in geradezu verzweifelter Weise und schlug sogar, wenn man ihm die nothwendige Nahrung beizubringen versuchte, blind auf seine Umgebung los. Andererseits war er andauernd zeitlich und örtlich wohlorientirt. Dieser Zustand hat jetzt mit geringen Remissionen über 3 Jahre angehalten und sich in neuerer Zeit nur insofern geändert, als der lebhafte Affect etwas nachzulassen scheint und die Wahnideen mehr in mechanischer, gewohnheitsmässiger Weise vorgebracht werden.

Die zweite Kranke ist eine Frau ungefähr gleichen Alters, die im Herbst 1903 während eines körperlichen Leidens sich in selbstquälerischer Weise mit ihrem Vorleben zu beschäftigen und seit Anfang März 1904 ausgesprochen traurige Verstimmung und Versündigungsideen zu äussern begann: Sie meinte, verloren zu sein, das Abendmahl unwürdig genommen, nicht genug gebetet, sich schwer versündigt zu haben, sich selber den Tod geben zu müssen etc. Stimmen entsprechenden Inhalts, die sie mit grösster Deutlichkeit aus ihrem Innern hörte, bestärkten sie in diesem Wahn und forderten sie direct auf, sich aufzuhängen. Auch diese Kranke war zeitweise sehr agitirt, es duldete sie nicht im Bett, sie erwartete beständig ihre Abholung durch die Polizei; meinte, verbrannt, lebendig begraben, geköpft werden zu sollen. Auch hier wurden die Wahnideen immer absurder; sie sei an allem Unglück der Welt Schuld, habe ihre Kinder umgebracht, die Erkrankung und den Tod aller Menschen auf dem Gewissen. Sie sei der Teufel, gehöre in die unterste Hölle, sei nicht werth, im Bett zu liegen, zu essen etc. Dabei war die zeitliche und örtliche Orientirung auch hier durchaus erhalten.

In einem dritten Fall handelte es sich um ein von jeher etwas „gedrücktes“ und empfindsames, aber bisher, abgesehen von Bleichsucht, gesund gewesenes und angeblich nicht belastetes Mädchen von 27 Jahren, das

in der zweiten Hälfte der ersten Schwangerschaft in eine traurige Verstimmung verfiel. Die Umstände, unter denen die Schwängerung (durch ihren Dienstherrn) erfolgte, und sonstige deprimirende Eindrücke dieser Zeit, darunter die Nothwendigkeit, ihren Zustand den Eltern zu verheimlichen, hatten unzweifelhaft eine sehr starke Wirkung auf sie ausgeübt. Nach der in einem fremden Hause heimlich erfolgten Entbindung, während deren sie ein sehr aufgeregtes Benehmen gezeigt haben soll, machte sie einen Selbstmordversuch durch Ertränken, der vereitelt wurde. In dem Krankenhause, in das man sie zunächst brachte, zeigte sie während eines 14tägigen Aufenthaltes ein sehr stilles, anscheinend theilnahmsloses Verhalten, beantwortete ihr vorgelegte Fragen theils gar nicht, theils leise flüsternd, ausserdem ist in der Krankengeschichte Negativismus (Nahrungsverweigerung) und Beibehalten gegebener Stellungen notirt. In der Klinik bestand das stuporartige Verhalten zunächst fort, der Gesichtsausdruck war leer, die Haltung starr, alle Antworten erfolgten langsam, zeugten aber von ungestörtem Orientirungsvermögen. Weiterhin allmählich freier werdend, äusserte sie Unwürdigkeits- und Versündigungsideen; sie sei eine grosse Sünderin, die Schlechteste von Allen, das Essen sei zu gut für sie, sie werde von Allen verachtet. Dabei trat der melancholische Affect auch äusserlich deutlich hervor, und zwar sowohl in dem Gesichtsausdruck als auch in ihrem häufigen Weinen, Händeringen etc. Sie gab jetzt an, schon seitdem sie ihren Zustand erkannt habe, sehr traurig gewesen zu sein und den Entschluss des Selbstmords gefasst zu haben, nachdem man ihr gesagt, dass die Sache vor das Schultheissenamt ihres Heimatsortes und damit zu allgemeiner Kenntnis kommen werde. Weiter äusserte sie auch einzelne persecutorische Ideen mit Bezug auf ihren Schwängerer: Dieser habe ihr wohl etwas in den Wein gethan, dass sie so geworden und zu dem Entschluss des Selbstmordes gekommen sei. Nach etwa 8 Wochen wurde der Zustand dann besser; sie begann wieder zu hoffen und sich zu beschäftigen, hörte aber noch Nachts zuweilen ihr Kind schreien, meinte, ihre Eltern lebten nicht mehr und sie selbst werde nie mehr heimkommen. Nach weiteren 3 Wochen besass sie vollkommene Krankheitseinsicht, drängte lebhaft nach Hause und konnte nach im Ganzen $4^1/_2$ monatigem Krankenhausaufenthalt entlassen werden. Mehrere Nachuntersuchungen, die in dem sich anschliessenden Alimentationsprocess auf Veranlassung des Gerichtes vorgenommen wurden, ergaben, dass sie noch an einer Reihe von Beschwerden neurasthenischer Art leidet, wobei aber die dauernden Aufregungen des Processes sicherlich stark mitwirken.

Von den mitgetheilten Fällen lassen die beiden ersten das Bild der Melancholie in reiner Weise erkennen, dagegen ist der dritte wohl unzweifelhaft der Katatonie zuzurechnen (s. pag. 500).

Zum Theil im Anschluss an äussere Anlässe der vorhin erwähnten Art, zum Theil auch ohne solche verfallen die Kranken in eine traurige Stimmung, die ihnen ihre Umgebung, die Verhältnisse der Gegenwart und ebenso die der Vergangenheit und Zukunft in den düstersten Farben erscheinen lässt. Die verschiedensten Sorgen, Zweifel, selbstquälerische Befürchtungen bemächtigen sich ihrer. Auf alle Eindrücke, insbesondere auch auf solche heiterer Art reagiren sie mit vermehrten Unlustgefühlen, die sich durch ihre Intensität und Dauer ohne Weiteres als krankhaft kennzeichnen.

Vielfach kommt ihnen diese Anomalie des Gefühlslebens selbst in der peinlichsten Weise zum Bewusstsein: sie fühlen sich abgestumpft, innerlich leer, wie abgestorben; sie klagen, ihre nächsten Angehörigen nicht mehr lieben, ihren religiösen Pflichten nicht mehr nachkommen zu können. Regelmässig verbindet sich damit eine mehr oder weniger ausgesprochene Angst, die meist gegenstandslos ist und in die Herzgegend (Präcordialangst), seltener in andere Theile des eigenen Körpers localisirt wird.

Gleichzeitig erfährt die Vorstellungs- und Willensthätigkeit eine je nach der Art des Falles nur graduell verschiedene Veränderung: Es sind ausschliesslich traurige und beängstigende Vorstellungen, die die Kranken beherrschen. Sie verlieren alles Selbstvertrauen, sind bemüht, sich so schlecht wie möglich zu machen, suchen in ihrem früheren Leben bis in die Kindheit hinein nach Verfehlungen, klagen sich aller möglichen Dinge an etc. In manchen Fällen treten neben diesen Versündigungsideen oder auch zunächst an ihrer Stelle Vorstellungen hypochondrischen Inhaltes auf: Die Kranken bilden sich ein, diese oder jene unheilbare Krankheit zu haben, angesteckt zu sein und alle anderen anzustecken. Die Organe seien in Unordnung, der Magen, die Lunge functioniren nicht mehr, sie seien unheilbarer Geisteskrankheit verfallen, müssten ewig in der Irrenanstalt bleiben etc.

Endlich finden sich häufig Befürchtungen schwerer Strafe, die sich aus dem krankhaften Schuldbewusstsein ergeben und sich theils auf die Kranken selbst, theils auf die Angehörigen beziehen.

Vielfach verbinden sich die krankhaften Vorstellungen mit Illusionen und Hallucinationen entsprechenden Inhalts. Dabei ist das Bewusstsein klar, die Orientirung wohl erhalten.

Die Verlangsamung des Associationsverlaufes unter dem Einfluss des Affects bedingt es, dass andere Vorstellungen als die geschilderten gar nicht zur Geltung kommen, sondern dass eine und dieselbe Vorstellungsreihe in quälender Monotonie immer wiederkehrt. Die Kranken schenken oft der Umgebung gar keine Aufmerksamkeit, sitzen völlig mit sich beschäftigt herum, starren mit charakteristischem Gesichtsausdruck vor sich hin. Auf vorgelegte Fragen antworten sie gar nicht oder mit wenigen, leisen Worten, oder verstummen auch gänzlich und verharren lange regungslos in denselben Stellungen.

In anderen Fällen zeigen sie unter dem Einfluss des Angstaffectes eine lebhafte psychomotorische Unruhe, die sich in beständigem Umherlaufen, Händeringen, Jammern, oft auch in krankhaft übertriebenem Arbeitsdrange äussert. Zuweilen kommt es endlich zu plötzlichen motorischen Entladungen der sonst vielleicht wenig zu Tage tretenden Angst, in der Richtung von Gewaltacten gegen die eigene Person oder gegen die Umgebung (Raptus melancholicus).

Die Melancholischen sind demnach nicht nur für die eigene Person, sondern auch für Andere oft äusserst gefährlich. Bei den Selbstmordversuchen Melancholischer, die oft unter dem Einfluss der Angst in der grauenhaftesten Weise ausgeführt werden, kommt der Umstand in Betracht, dass eben infolge des lebhaften Affectes körperlicher Schmerz nicht oder nur wenig zum Bewusstsein kommt. Gemeingefährliche Handlungen gegen die Umgebung sind vielfach der directe Ausfluss der melancholischen Wahnideen. Das Paradigma hierfür sind die in der Presse immer wieder-

kehrenden Fälle, in denen melancholische Mütter ihre Kinder und sich töten, um dem vermeintlichen Hungertode, der Schande etc. zu entgehen.

Auf dem rein körperlichen Gebiet beobachtet man vor allem hartnäckige Störung des Schlafes, mangelhafte Nahrungsaufnahme mit ihren Folgen (Gewichtsabnahme), Verdauungsstörungen, schwache Herzthätigkeit, Circulationsstörungen (Kälte, Cyanose, zuweilen auch Oedeme der Extremitäten). Bei weiblichen Kranken bestehen auf der Höhe der Krankheit vielfach Menstruationsstörungen. In der Herzgegend treten verschiedenartige unangenehme Sensationen auf (Umschnürungs-, Spannungs-, Beklemmungsgefühle). Das Gesicht zeigt infolge krampfhafter Zusammenziehung des oberen, bei Schlaffheit des unteren Facialisgebietes (Herabhängen der Mundwinkel) einen sehr charakteristischen, gramvollen Ausdruck.

* * *

Von jeher hat man eine Reihe von Specialformen der Melancholie abzugrenzen gesucht, wobei bald die Intensität der Krankheitserscheinungen im Allgemeinen, bald das starke Hervortreten dieser oder jener Symptomgruppe im Besonderen als Unterscheidungsmerkmal diente. So werden die leichtesten Fälle, die nur durch allgemeines Unbehagen, unbestimmte Befürchtungen im Sinne von allerhand Verfehlungen, gegenwärtiger oder drohender körperlicher Krankheit, Selbstmordgedanken gekennzeichnet sind, wohl als Melancholia simplex oder Hypomelancholie *(Ziehen)* bezeichnet, denen die ausgesprochenen Fälle als Melancholia typica *(Mendel)* gegenüberstehen.

Die Fälle mit starkem Hervortreten hypochondrischer Ideen werden als hypochondrische Melancholien bezeichnet. Daneben unterscheidet man nach der Stärke des Angstaffectes und nach dem psychomotorischen Verhalten eine Melancholia activa, agitata (Angstmelancholie) und eine Melancholia passiva, auch „attonita" oder „cum stupore".

Ich sehe hier von der Anführung weiterer Beispiele ab, weil die erwähnten Unterabtheilungen von keiner besonderen praktischen Bedeutung sind und weil einzelne von ihnen, wie z. B. die sogenannte Melancholia attonita, wahrscheinlich überhaupt nicht zur Melancholie, sondern zur Katatonie gehören. Auf die neurasthenische Melancholie wird später eingegangen werden.

* * *

Der Verlauf der Melancholie ist in der Mehrzahl der Fälle durch Remissionen und Exacerbationen gekennzeichnet. Die Krankheitserscheinungen klingen meist allmählich ab, während gleichzeitig das Körpergewicht langsam steigt und der Schlaf sich bessert. Vielfach wird angegeben, dass die Krankheit durch ein Stadium leicht „manischer" Erregung hindurch zur Genesung führe.

Die Krankheitsdauer beträgt Monate bis Jahre. Unter ihren Ausgängen steht in erster Linie die Genesung; doch wird allseitig hervorgehoben, dass die Melancholie eine besondere Neigung zu wiederholtem Auftreten (recidivirende Melancholie) besitze. Ausserdem wird ein Ausgang in geistige Schwäche beobachtet, und zwar besonders bei den senilen Formen, wo er sich unter allmählicher Abnahme des Affectes und unter Zurücktreten der Wahnvorstellungen vollzieht. Zuweilen kommt

es auch zur Entwicklung eines chronisch-melancholischen Zustandes. Endlich kann die Krankheit zwar nicht unmittelbar, aber unter dem Einfluss intercurrenter Ereignisse (Selbstmord, Inanition, körperliche Krankheiten) zum Tode führen.

* * *

Die **Diagnose** der Melancholie macht, insoweit es sich um die Erkennung des Zustandsbildes handelt, meist keine Schwierigkeiten. Eine Ausnahme machen nur die leichtesten der vorhin als Hypomelancholie bezeichneten Fälle, in denen die Unterscheidung zwischen einer physiologisch bedingten und genügend motivirten traurigen Verstimmung und einer krankhaften Störung unter Umständen, z. B. in foro, schwierig sein kann. Alsdann wird es darauf ankommen, die im Vergleich mit dem habituellen Verhalten der betreffenden Individuen charakteristisch veränderte Gefühls- und Denkweise festzustellen.

So typisch und leicht erkennbar aber das Zustandsbild der Melancholie in der soeben gegebenen Schilderung erscheint, so grosse Schwierigkeiten erheben sich, sobald man daran geht, die Krankheit „Melancholie" gegenüber den anderweitig bedingten Depressionszuständen abzugrenzen.

Dass traurige Verstimmungen im Verlauf der verschiedensten psychischen Krankheiten ein häufiges Vorkommnis bilden, war schon dem Blick der älteren Beobachter nicht entgangen und hatte zeitweise unter dem Einfluss von *Guislain, Zeller* und *Griesinger* sogar zu der Annahme geführt, dass die Melancholie überhaupt nicht als eine besondere Krankheit angesehen werden könne, sondern nur den gemeinsamen Ausgangspunkt, den ersten Abschnitt der mannigfaltigsten Geistesstörungen bilde.

Gegenüber dieser zu weit gehenden Verallgemeinerung einer an sich richtigen Thatsache wies vor allem *Kahlbaum* darauf hin, dass zwischen Zustandsbildern („Habitualformen") und selbständigen psychischen Krankheitsvorgängen unterschieden werden müsse. Gleichzeitig schlug er vor, die uns hier beschäftigende Krankheit in Dysthymia atra oder Melaena umzutaufen, den Namen Melancholie aber nur noch für die entsprechenden depressiven Zustandsbilder zu gebrauchen. Unter den letzteren, die er demnach von der bisher Melancholie genannten Krankheit scharf getrennt wissen wollte, befanden sich, abgesehen von den depressiven Phasen im Verlauf der Dementia paralytica, die depressiven Anfälle des circulären Irreseins. Ausserdem finden wir in desselben Autors grundlegender Arbeit über die Katatonie die diese Krankheit häufig einleitende „melancholische" Gemüthsverstimmung als „Initialmelancholie" schon eingehend berücksichtigt.

Es ist bekannt, dass die von *Kahlbaum* aufgestellte neue Krankheitsform der Katatonie, übrigens ebenso wie die von ihm befürwortete Namens- und Begriffsänderung der Melancholie, lange Zeit gar keine Beachtung gefunden hat und dass jene erst durch *Kraepelin* zu Ehren gebracht worden ist. So wird es verständlich, dass die von *Kahlbaum* gegebenen Anregungen auch für eine schärfere Umgrenzung der Melancholie lange ungenutzt geblieben sind. Wenn in neuerer Zeit in dieser Hinsicht Fortschritte gemacht worden sind, so spricht es gewiss in hohem Maasse für

den klinischen Scharfblick *Kahlbaum's*, dass der Einbruch in das Gebiet der Melancholie — wenn man von einem solchen reden darf — gerade in den von ihm vorgezeichneten Richtungen erfolgt ist. Einerseits sind es die als Dementia praecox zusammengefassten Verblödungsprocesse der Hebephrenie und Katatonie, andererseits die periodischen Depressionszustände, gegen welche die Melancholie zu vertheidigen ist.

Was zunächst die Dementia praecox betrifft, so können die bereits erwähnten Depressionszustände, welche die Krankheit ausserordentlich häufig einleiten, zu erheblichen diagnostischen Zweifeln Anlass geben. Im Allmeinen gilt hier der Satz, dass man bei jüngeren Personen mit der Diagnose der „Melancholie" überhaupt äusserst vorsichtig sein muss, weil die Hauptmasse der Melancholien dem höheren Lebensalter angehört, die in jüngeren Jahren auftretenden Zustände entsprechender Art aber, insoweit sie nicht depressive Phasen einer periodischen Psychose sind, eben den „Verblödungsprocessen" der Hebephrenie und Katatonie zugewiesen werden müssen (vergl. Fall 3, pag. 496). Ob dies eine Regel von absoluter Giltigkeit ist, das heisst, ob nicht echte Melancholien unter Umständen auch bei jüngeren Personen vorkommen, erscheint freilich einstweilen noch zweifelhaft und wird später zu erörtern sein.

Viel schwieriger ist die Abgrenzung der Melancholie von der erwähnten Krankheitsgruppe dann, wenn es sich um ältere Individuen handelt. Die Unterscheidung der erst im höheren Lebensalter auftretenden Fälle von Katatonie (sogenannte „Spätkatatonie") von der Melancholie gehört zu den schwierigsten Aufgaben. Im Einzelnen werden das Fehlen eines gleichmässigen, tieferen Affectes, die mangelnde Anregbarkeit, das frühe Auftreten lebhafter Hallucinationen, das Vorhandensein widerspruchsvoller Wahnideen, insbesondere auch solcher von persecutorischem und hypochondrischem Typus, das unmotivirte Widerstreben gegen alle Maassregeln (Negativismus), die mannigfachen Manieren, der in zahlreichen Stereotypien zum Ausdruck kommende sinnlose Bewegungsdrang für die Diagnose der Katatonie zu verwerthen sein.

Was das Verhältnis zwischen Melancholie und periodischen Geistesstörungen betrifft, so kommen von letzteren neben den depressiven Phasen des circulären Irreseins namentlich die etwas selteneren Fälle in Betracht, in denen sich dauernd nur depressive Zustände (ohne manische Phasen) wiederholen. Der Einfachheit wegen werde ich, dem Beispiel *Kraepelin's* folgend, beide Gruppen hier weiterhin als „circuläre Depressionszustände" zusammenfassen oder sie gelegentlich auch unter der kürzeren Bezeichnung „Depressionszustände" den echten Melancholien gegenüberstellen.

Die üblichen Bezeichnungen periodische „Melancholie", „melancholische" Phase des circulären Irreseins lassen schon erkennen, dass man diese circulären Depressionszustände von den einfachen Melancholien nicht grundsätzlich zu trennen gewohnt ist, obwohl man heute wohl allgemein ihre essentielle Verschiedenheit zugibt und die tief constitutionelle Grundlage und endogene Bedingtheit der periodischen Formen im Gegensatz zu den mehr den Charakter accidenteller und exogener Störungen tragenden Melancholien anerkennt.

Trotz der Kenntnis gewisser Merkmale, die einen Krankheitsfall der Zugehörigkeit zu den Depressionszuständen verdächtig machen, stimmte

man nun bis vor kurzer Zeit darin überein, dass es diagnostische Zeichen, aus denen die Differentialdiagnose zwischen Depression und Melancholie mit Sicherheit gestellt werden könnte, nicht gäbe. Für die Praxis ergeben sich hieraus namentlich in prognostischer Beziehung naheliegende Schwierigkeiten, die noch dadurch gesteigert werden, dass auch die einfachen Melancholien zu recidiviren geneigt sind. Die Unterscheidung zwischen diesen recidivirenden Formen und den periodisch wiederkehrenden Depressionszuständen ist demnach oft durchaus subjectiv und willkürlich.

Neuerdings hat nun *Kraepelin* bei Aufstellung der Krankheitsgruppe des manisch-depressiven Irreseins auf experimentellem und klinischem Wege dargethan, dass die bisher immer angenommene Gegensätzlichkeit zwischen Hemmung und Erleichterung der Willensantriebe thatsächlich nicht bestehe, dass beide vielmehr nahe verwandte Erscheinungsformen einer gemeinsamen Grundstörung seien und dass demnach auch die scheinbar entgegengesetzten Zustände manischer Gehobenheit und depressiver Hemmung thatsächlich derselben Krankheitsform angehören, eben dem manisch-depressiven Irresein. Er konnte sich dabei nicht nur auf die bekannte, bei demselben Individuum oft zu beobachtende und nur im Einzelnen verschiedentlich variirbare Folge manischer und depressiver Phasen, sondern ganz besonders auch auf die gar nicht seltenen und von ihm neuerdings besonders erforschten echten manisch-depressiven Mischformen berufen.

Gleichzeitig wies *Kraepelin* darauf hin, dass von einer wirklich streng periodischen Wiederkehr der einzelnen Anfälle nur in einer verschwindend kleinen Zahl von Beobachtungen die Rede sein könne, dass vielmehr bei den betreffenden Störungen meist nur eine allgemeine Neigung, sich zu wiederholen, vorhanden sei, die der, allen Geistesstörungen aus krankhafter Veranlagung (Entartungsirresein, Epilepsie, Hysterie etc.) innewohnenden Eigenschaft, sich von Zeit zu Zeit in heftigeren Krankheitserscheinungen zu entladen, durchaus entspreche. Demnach könne es aber auch während des ganzen Lebens bei einem einzigen Anfall sein Bewenden haben, ohne dass dadurch die Zugehörigkeit des betreffenden Falles zu dieser Gruppe in Frage gestellt werde.

Kraepelin sieht also weder das Moment der eigentlichen „Periodicität", noch das der mehrfachen regellosen Wiederholung der Anfälle als wesentlich für die Erkennung der uns hier beschäftigenden Formen an, sondern legt einzig und allein Gewicht auf das klinische Bild, das in den zusammengehörigen Fällen grundsätzlich und vollkommen übereinstimmen müsse. Da er diese Uebereinstimmung zwischen den Anfällen der einfachen und periodischen Manie in der vollkommensten Weise gegeben findet, so bezeichnet er jeden Versuch, hier differentialdiagnostische Grenzen zu ziehen, als der Natur widersprechend, mit anderen Worten, er erkennt eine einfache Manie als Krankheit nicht mehr an, sondern lässt sie mit den circulären und periodischen Formen in der grossen Gruppe des manisch-depressiven Irreseins aufgehen.

Dagegen hält auch er die Melancholie, wenn auch in einer von der bisher allgemein üblichen wesentlich abweichenden Umgrenzung, als selbständige Krankheit fest, und sucht sie gemäss der immer vorangestellten Forderung, dass verschiedene Krankheiten auch verschiedene Störungen hervorbringen müssen, von den circulären Depressionszuständen scharf abzugrenzen.

Die von *Kraepelin* in den letzten Auflagen seines Lehrbuches gegebene Umschreibung der Melancholie ist per exclusionem gewonnen. Er fasst unter diesem Namen „alle krankhaften ängstlichen Verstimmungen der höheren Lebensalter zusammen, welche nicht Verlaufsabschnitte anderer Formen des Irreseins darstellen". In seiner Beschreibung des Krankheitsbildes hebt er neben der gemüthlichen Störung das regelmässige Vorkommen von Wahnbildungen, namentlich Versündigungswahn, aber auch Verfolgungsideen und hypochondrischen Vorstellungen hervor. Von den leichteren Formen, deren Schilderung sich im Wesentlichen mit der oben gegebenen deckt, führen allmähliche Uebergänge zu einer zweiten, viel weniger zahlreichen und besonders den höheren Lebensaltern angehörenden Gruppe von Fällen, bei der die Wahnbildungen einen ganz abenteuerlichen, unsinnigen Inhalt annehmen (früher als „depressiver Wahnsinn" bezeichnete Fälle). Gerade hier sind auch häufig unsinnige hypochondrische Vorstellungen vorhanden. Endlich kommt es in einzelnen Fällen, namentlich bei vorgeschrittener geistiger Schwäche, auch zur Entwicklung dürftiger Grössenideen, öfters bei stärkerer Trübung des Bewusstseins. Zu den im engeren Sinne senilen Geistesstörungen führen von der Melancholie mannigfache Uebergänge hinüber.

Die erbliche Veranlagung scheint hier hinter der erworbenen Disposition zurückzustehen. Bestimmte äussere Anlässe der früher (pag. 494) angeführten Art begünstigen den Ausbruch der Krankheit in bemerkenswerther Weise.

Was das Alter betrifft, so befanden sich von *Kraepelin's* Kranken mehr als 64% zwischen 50 und 60 Jahren. Die ersten Erkrankungen begannen um das 45. Jahr herum, die letzten bald nach dem 65. Jahre. In den höheren Altersclassen werden allmählich die Fälle mit unsinnigen Wahnbildungen häufiger.

Die Prognose der so umgrenzten Melancholie ist im Ganzen zweifelhaft. *Kraepelin* fand bei seinen Kranken nur in 32% volle Genesung, in 23% weitgehende Besserung. 26% blieben ungeheilt, 19% gingen innerhalb der ersten 2 Jahre nach dem Beginn der Krankheit zu Grunde. Die Wahrscheinlichkeit der Heilung wird nicht unbedeutend durch das Lebensalter der Erkrankten beeinflusst.

Die Dauer der Krankheit erstreckt sich oft über mehrere Jahre.

* * *

Diese Auffassung der Melancholie ist nun vor der Hand keineswegs allseitig anerkannt. Es wird wohl allgemein zugegeben, dass der bisherige Stand der Sache insbesondere wegen der Schwierigkeit, zwischen recidivirenden Melancholien und periodischen Depressionszuständen zu unterscheiden, sehr unbefriedigend ist; man ist aber keineswegs allgemein gewillt, sich mit der von *Kraepelin* gegebenen Einengung des Krankheitsbegriffes der ersteren einverstanden zu erklären. Die gegen diese erhobenen Einwände haben einen besonders präcisen Ausdruck in den Besprechungen der 5. Auflage des Lehrbuches durch *Jolly* und *Neisser* gefunden.

Jolly hebt hervor, dass die *Kraepelin*'sche Melancholie sich in der gegebenen Darstellung nicht wesentlich von den für die Melancholie in dem bisherigen Sinne geläufigen Schilderungen unterscheide; es sei nicht ersichtlich, weshalb gerade diese in der klimakterischen Zeit auftretenden Fälle in

der That Melancholie und nichts anderes sein sollen und weshalb bei ihnen die Benennung nach dem vorwiegenden Symptom genüge, während die in identischer Weise verlaufenden Zustände anderer Lebensalter eine ganz andere Deutung zu beanspruchen hätten.

Neisser betont die Verschiedenartigkeit der von *Kraepelin* als Melancholie zusammengefassten Formen und bemängelt gleichfalls, dass in keiner Weise ersichtlich gemacht sei, warum die in dem sogenannten Rückbildungsalter, dessen Breite übrigens von *Kraepelin* ziemlich willkürlich und ohne Berücksichtigung der Einzelindividualität abgeschätzt werde, auftretenden Depressionszustände, trotz ihrer von *Kraepelin* selbst geschilderten Verschiedenheiten der Symptomentwicklung, des Verlaufes und der Ausgänge unter einander näher stehen und principiell anders zu beurtheilen sein sollen, wie die vor dieser Zeit sich entwickelnden.

In der neuesten Auflage seines Lehrbuches gibt *Kraepelin* dann, abgesehen von unwesentlicheren Aenderungen, von denen hier nur die Hinaufrückung der unteren Altersgrenze von „bald nach dem 40. Jahr" (vergl. 6. Auflage) auf die Zeit „um das 45. Jahr" erwähnt sei, bestimmtere klinische Merkmale für die Differentialdiagnose zwischen seiner Rückbildungsmelancholie und den circulären Depressionszuständen.

Zunächst führt er die langsame Entwicklung, den einförmigen Verlauf, die lange Dauer, die allmähliche Lösung und die zweifelhafte Prognose als Kennzeichen an, die wenigstens in einem Theil der Fälle für die Abgrenzung der Melancholie von den Depressionszuständen genügen können.

In dem Zustandsbilde selbst findet er dann folgende differentialdiagnostisch bedeutsame Momente: 1. die innere, sich gelegentlich in ängstlicher, niemals aber in manischer Erregung entladende Beunruhigung und Spannung der Melancholie gegenüber der mehr gedrückten und hoffnungslosen Niedergeschlagenheit der Depressionszustände. Namentlich in den ersten Abschnitten der Krankheit pflege dieser Unterschied deutlich hervorzutreten; 2. die viel gleichmässigere Färbung der Stimmung in der Melancholie. Wenn auch bei dieser die Aeusserungen der inneren Angst sehr wechseln können, so gelinge es doch niemals, wie bei den circulären Depressionszuständen, durch Zuspruch oder Ablenkung die melancholischen Kranken vorübergehend aufzuheitern; 3. das Fehlen der in den circulären Depressionszuständen gewöhnlich so stark ausgeprägten Willenshemmung bei der Melancholie. Die Kranken können sich mündlich oder schriftlich ohne Schwierigkeit ausdrücken, sie sind in ihren Bewegungen ungehindert, höchstens von innerer Unruhe getrieben; ihr gelegentlich wortkarges und ablehnendes Verhalten erklärt sich aus ihrer Affectlage und ihren Wahnvorstellungen; sie werden aber mittheilsam und oft sogar redselig, wenn sie Trost zu finden hoffen.

* * *

Bei der Erörterung der Einwände, die gegen *Kraepelin's* Abgrenzung der Melancholie erhoben werden, können wir mit Rücksicht auf die früheren Darlegungen (vergl. pag. 500) von einem nochmaligen Eingehen auf die Unterscheidung zwischen Melancholie und Spätformen der Katatonie absehen.

Der Schwerpunkt soll für uns hier vielmehr lediglich darin liegen, ob es in der That möglich ist, ohne eine längere Beobachtung des Krank-

heitsverlaufs auf Grund des Zustandsbildes eine Melancholie auszuschliessen und einen Depressionszustand zu erkennen und umgekehrt? Es liegt auf der Hand, dass dies eine Frage von grösster praktischer Bedeutung ist; denn während wir bei der Melancholie jedenfalls mit einer längeren Krankheitsdauer und einem zum mindesten zweifelhaften Ausgang rechnen müssen, können wir bei den Depressionszuständen für den einzelnen Anfall die Prognose fast absolut günstig stellen.

Es ist nun unbedingt zuzugeben, dass diese Unterscheidung in einer nicht geringen Zahl von Fällen thatsächlich möglich ist. Wenn man auf diese Dinge besonders achtet, gelingt es sogar überraschend oft, mit Hilfe der vorhin erwähnten Merkmale die Differentialdiagnose zu machen und sie durch die Beobachtung des weiteren Verlaufes zu bestätigen. Es kommt hier einmal das Lebensalter der betreffenden Individuen in Betracht, da die höheren Lebensalter ohne Frage die weit überwiegende Mehrzahl der Melancholien enthalten und demnach ein jugendliches Alter im Zweifel eher für einen Depressionszustand als für eine Melancholie spricht.

Diese Wahrscheinlichkeit wird noch erhöht, wenn eine deutliche Hemmung sich auf dem psychomotorischen Gebiet geltend macht und ferner wenn die Kranken trotz der für gewöhnlich bestehenden dumpfen Resignation und Niedergeschlagenheit doch gelegentlich durch ein damit auffällig contrastirendes flüchtiges Lächeln, eine lebhaft interessirte Bemerkung über die Umgebung etc. oder gar durch eine vorübergehende heitere Färbung ihrer Stimmung eine Tendenz zu entgegengesetzten Affectschwankungen kundgeben.

Vielfach erscheinen endlich gerade die Depressionszustände in sehr milden und gutartigen Formen.

Als Beispiel eines Falles, in dem das Zustandsbild von vornherein den Verdacht einer circulären Depression erweckte, gebe ich einen kurzen Auszug aus der Krankengeschichte eines 26jährigen, aus psychopathischer Familie stammenden Mädchens, das, ohne bisher krank gewesen zu sein, nach verschiedenen Gemüthsbewegungen psychisch erkrankte. Sie wurde niedergeschlagen, verlor alle Lebenslust, hatte Todesgedanken, weinte Stunden lang, schlief und ass schlecht. Während der Beobachtung war zumeist eine deutlich deprimirte Stimmung vorhanden, die aber mehr durch das peinliche Bewusstsein eines Mangels an Thatkraft und einer Erschwerung der Entschlüsse, als durch einen spontan schmerzlichen Affect charakterisirt war; dabei waren wohl eine Neigung zu selbstquälerischer Kritik der eigenen Persönlichkeit, aber keine melancholischen Wahnideen vorhanden. Während der Beobachtung traten nun von Anfang an Remissionen hervor, während deren die traurige Verstimmung zurücktrat, so dass die Kranke sogar heiter erscheinen konnte. Der Verlauf zeichnete sich ferner durch die soeben erwähnte, den Depressionszuständen vielfach eigenthümliche Milde und Leichtigkeit aus; schon nach einigen Wochen war so weit Besserung eingetreten, dass die Kranke ohne weitere Bedenken ihren Angehörigen mitgegeben werden konnte. Während der seitdem verflossenen 2 Jahre hat sie in den häuslichen Verhältnissen, die sich inzwischen günstiger gestaltet hatten, zwar im Allgemeinen ein gesundes und thätiges Wesen gezeigt, mehrfach ist sie aber auch weiterhin in rasch vorübergehende Zustände trauriger Verstimmung ver-

fallen, in denen sie sich zu nichts entschliessen, sich an nichts freuen konnte, sich für ihren Haushalt nicht interessirte etc. Erklärlicher Weise hatten die Angehörigen die Gemüthsbewegungen, die der ersten Erkrankung vorangegangen waren, für diese verantwortlich gemacht und sich seitdem besonders bemüht, alles Aufregende von der Kranken fernzuhalten. Die Unabhängigkeit der Verstimmungen von äusseren Einflüssen trat aber weiterhin in recht charakteristischer Weise zu Tage, als die Kranke durch Zufall von einem aufregenden Ereignis erfuhr, das man ihr sorgsam verheimlicht hatte. Sie äusserte darauf: „Solches macht mich nicht krank. Das hättet Ihr mir mittheilen sollen."

Andererseits steht aber diesen klinisch wohl charakterisirten Fällen, die leicht durch weitere Beispiele vermehrt werden könnten, wenigstens nach meiner bisherigen Erfahrung, doch eine nicht geringe Zahl solcher Fälle gegenüber, in denen die erwähnten Kriterien versagen.

Da auch die Depressionszustände häufig genug zuerst im Rückbildungsalter auftreten, wird in diesem die Unterscheidung oft ganz besondere Schwierigkeiten machen. Die Neigung zu wiederholtem Auftreten kann hier die Sachlage noch compliciren, da auch die in dieser Zeit zur Entwicklung kommenden Melancholien weiterhin nicht selten recidiviren.

Die Sache liegt also bis jetzt so, dass uns das klinische Bild keineswegs in allen Fällen sichere Anhaltspunkte für die Feststellung gewährt, ob eine Melancholie oder ein Depressionszustand vorliegt. Dies trifft naturgemäss auch für die entsprechenden Fälle der früheren Altersstufen zu; auch diese können nach dem klinischen Bilde, immer abgesehen von den Hebephrenien und Katatonien, zum grossen Theil ebensowohl als Melancholien wie als Depressionszustände angesprochen werden. Hieraus geht hervor, dass sich die Berechtigung der generellen Ausschliessung dieser mehr oder weniger weit unterhalb der angegebenen Altersstufe stehenden Fälle aus dem Krankheitsbilde der Melancholie auf diesem Wege bis jetzt nicht erweisen lässt.

* * *

Ein anderer Einwand gegen die in Rede stehende Auffassung der Melancholie wird aus der Verschiedenartigkeit der von *Kraepelin* unter diesem Namen zusammengefassten Fälle hergeleitet.

Auf der einen Seite sehen wir die innerhalb der in Betracht kommenden Altersstufen am höchsten stehenden Fälle den Ausgang in geistige Schwäche nehmen und damit den Uebergang zu der Gruppe des Altersblödsinns vermitteln, auf der anderen stehen die heilbaren oder doch einer sehr weitgehenden Besserung fähigen Fälle, die meist verhältnismässig jüngere Individuen betreffen. Das höhere Alter übt einen offensichtlich ungünstigen Einfluss auf den Ausgang der Fälle, doch kommen auch hier noch Heilungen vor, ebenso wie andererseits im relativ jüngeren Alter auch ungünstige Verlaufsweisen keineswegs ausgeschlossen sind. Wie in prognostischer, so bieten die Fälle auch in symptomatologischer Beziehung ein sehr buntes Bild.

Hiernach liegt die Vermuthung nahe, dass die Melancholie in der neuen, ihr gegebenen Fassung kein einheitliches Krankheitsbild ist, sondern sehr verschiedenartige Krankheitsformen umfasst. Alsdann erscheint aber einstweilen die Möglichkeit nicht ausgeschlossen,

dass nur ein Theil dieser Fälle, vor allem also der den höheren Altersstufen angehörende, in naher und nothwendiger Beziehung zu den Altersveränderungen steht, während ein anderer Theil wohl ganz besonders günstige Entstehungsbedingungen in der Rückbildungszeit findet, aber doch nicht mit absoluter Nothwendigkeit auf diese angewiesen ist.

Der auch von *Kraepelin* hervorgehobene Umstand, dass bestimmte äussere Anlässe den Ausbruch der Melancholie sehr häufig zu begünstigen scheinen, lässt im Zusammenhang hiermit vielleicht daran denken, dass „bei einer gewissen krankhaften Veranlagung und bei zureichenden äusseren und inneren Gründen" doch auch schon im früheren Leben „eine Entgleisung im Sinne des melancholischen Zustandes" *(Jolly)* erfolgen könne. Hier würden in erster Linie die klinisch ähnlichen, der Gravidität und der Lactation angehörenden Fälle in Betracht kommen, deren Zugehörigkeit zur Melancholie *Kraepelin* in der vorletzten Auflage seines Lehrbuches wenigstens noch als zweifelhaft bezeichnete, während er sie in der neuesten Auflage an dieser Stelle nicht mehr erwähnt. Sodann wäre zu denken an die Formen melancholischer Verstimmung, die sich, besonders oft bei Frauen unter der dauernden Einwirkung von Sorge, Kummer, schlechter Behandlung bei gleichzeitiger ungenügender Ernährung entwickeln.

Allerdings muss zugegeben werden, dass beide zuletzt genannte Gruppen möglicher Weise der neuerdings von *Friedmann* ausführlich beschriebenen „neurasthenischen (Pseudo-) Melancholie" näher stehen.

Unter dieser Bezeichnung hat man nicht eine Combination von Neurasthenie plus Melancholie, sondern solche Formen zu verstehen, die symptomatisch wie Melancholie erscheinen, ihrem Wesen nach aber Neurasthenien, also Erschöpfungsneurosen sind.

Die Kriterien, die sonst fast immer ohne besondere Schwierigkeiten gestatten, die „nervöse Depression" der Ueberreizten und Erschöpften von den echten Psychosen zu trennen, versagen in diesen Fällen zum Theil. Der depressive Affect, der, wenn er bei der Neurasthenie höhere Grade erreicht, doch immer ein secundärer, aus real begründeten, hyperästhetisch aufgenommenen Sorgen und Kümmernissen bedingter ist, wird hier selbständig; die sonst immer gewahrt bleibende Krankheitseinsicht geht verloren, an Stelle der unabgeschlossenen und zwangsmässigen Zweifel, die die einzige, bei gewissen Anlässen hervortretende inhaltliche Störung der Vorstellungsthätigkeit der Neurastheniker zu bilden pflegen, kommt es zur Entwicklung charakteristischer Wahnideen. Im Thun und Handeln der Kranken macht sich ein dem Wesen der Neurasthenie sonst fremder Mangel an Besonnenheit und Vernünftigkeit bemerkbar.

Wenn unter diesen Umständen die Unterscheidung dieser Formen von der echten Melancholie aus dem klinischen Bilde sehr schwierig, ja unmöglich sein kann, so gibt es doch auch bei diesen Fällen zwei Kriterien, die jene meist gestatten und zugleich über die Art der einzuschlagenden Behandlung Aufschluss geben; das ist einmal die Entstehung dieser Formen infolge von Ueberanstrengung und gemüthlicher Uebererregung, sodann der directe Erfolg einer causalen Therapie.

Im Einzelnen unterscheidet *Friedmann* 3 Untergruppen der neurasthenischen Melancholie: „In der ersten herrscht ein starker und theilweise sicher selbstständiger depressiver Affect vor, welcher regelrechte depressive Wahnideen ins

Dasein ruft, allerdings nie solche von ganz unvernünftiger Art, sondern immer noch mit dem erkennbaren Charakter der Uebertreibung behaftet. In der zweiten Untergruppe, welche der Angstpsychose anderer Autoren entspricht, wird eben diese Angst so überwältigend, es entsteht ein solcher Affect der Verzweiflung, dass jede Einsicht und Selbstbeherrschung erlischt und dass die Personen in bedenklicher Weise zum Selbstmorde getrieben werden..... In einer dritten ganz seltenen Gattung kommt es zu einem förmlichen Stupiditätszustande mit Darniederliegen aller geistigen Spontaneität, ähnlich milderen Fällen von Katatonie, aber von dauernd günstigem Verlaufe."

* * *

Wenn wir uns bei den bisherigen Ausführungen vielfach auf unsicherem und umstrittenem Gebiet bewegten, das, wie auch von *Kraepelin* betont wird, noch weiterer Bearbeitung bedarf, so gibt die jetzt noch zu besprechende **Behandlung der Melancholie** zu Meinungsverschiedenheiten kaum Anlass.

Sie hat vor allem die in der Mehrzahl der Fälle bestehende Selbstmordgefahr in Betracht zu ziehen. Neben dieser kommt aber vielfach auch die Neigung Melancholischer, gefährliche Handlungen gegen Andere zu begehen, in Betracht. In beiden Fällen ist die That entweder der Ausdruck melancholischer Wahnideen (z. B. nicht mehr leben zu dürfen, dem Elend, der Schande verfallen zu sein) oder das Product einer unerträglichen Angst und inneren Spannung, die zur Entladung nach aussen drängt; meist wirken wohl beide Momente zusammen, so dass der längst erwogene, aber für gewöhnlich beherrschte Gedanke, dem Leben ein gewaltsames Ende zu machen, in einem Angstanfall zur Ausführung gebracht wird.

In vielen Fällen geben die Kranken selbst ihren entsprechenden Absichten directen oder indirecten Ausdruck („wenn ich doch niemals geboren wäre" etc.). Sonst wird man meist das Bestehen der Selbstmordgefahr aus dem Zustandsbilde erschliessen können. Uebrigens wird der Arzt gut daran thun, direct nach bestehender Selbstmordneigung zu fragen; in den meisten Fällen wird der Kranke darauf eine Antwort nicht verweigern, die, auch wenn sie ausweichend ist, ein Urtheil gestattet.

Andererseits gibt es Kranke, die sich in Gegenwart Anderer äusserlich so gut zu beherrschen verstehen, dass man sich über ihren thatsächlichen Gemüthszustand täuschen lässt. In der Anstalt wird dann vielfach nur über heftiges Heimweh geklagt, hinter dem sich aber thatsächlich die Angst verbirgt. Da die Besonnenheit bei der Melancholie meist ungestört ist, sind die Kranken imstande, eine Gelegenheit zum Selbstmord mit allem Raffinement zu erspähen und sich auf die Ausführung vorzubereiten.

Hieraus ergibt sich, dass vor Allem für genügende Ueberwachung der Kranken Sorge zu tragen ist. Diese wird nur ausnahmsweise zu Hause möglich sein. Auch wenn die Angehörigen den besten Willen dazu haben, so zeigt doch die Erfahrung, dass sie ein vorübergehendes Verlassen des Zimmers („nur für eine Minute", um in der Küche nach etwas zu sehen, etwas hinauszutragen oder zu holen etc.) meist nicht für eine Unterbrechung der Beaufsichtigung halten, und dass gerade solche Gelegenheiten von den Kranken mit Vorliebe zu entsprechenden Handlungen benützt werden.

Soll die Behandlung eines Melancholischen trotzdem im Hause erfolgen, so wird sich der Arzt nur dann darauf einlassen können, wenn die Möglichkeit besteht, durch Sicherung der Fenster und Thüren, Entfernung aller gefährlichen Gegenstände, vor allem aber durch eine von mehreren, mit einander abwechselnden, geschulten Pflegepersonen Tag und Nacht ausgeübte Ueberwachung möglichst anstaltsähnliche Verhältnisse herzustellen, und wenn er selbst den Kranken so oft wie möglich und in den verschiedensten Zeiten sehen kann. Auch dann wird er aber gut daran thun, den Angehörigen gegenüber zu betonen, dass er eine volle Verantwortung im Hause nicht übernehmen könne und dass die Anstaltsbehandlung in dieser Hinsicht ungleich günstigere Chancen gewähre.

Für die Behandlung in offenen Sanatorien eignen sich melancholische Kranke im Allgemeinen nicht. Dagegen werden solche an circulären Depressionszuständen Leidende, bei denen wegen der Willenshemmung und der geringeren Affecttiefe die Gefahr des Selbstmordes geringer ist, vielfach ein passendes Behandlungsobject für jene bilden.

Dass allgemeine Krankenhäuser einen durchaus ungeeigneten Aufenthaltsort für Melancholische bilden, bedarf nach dem Gesagten keiner weiteren Begründung.

Im Allgemeinen wird überall da, wo eine lebhafte innere Beunruhigung oder Angst besteht, nur die geschlossene Anstalt mit ihrem geregelten Ueberwachungsdienst das erreichbare Maass von Sicherheit gewähren, und auch hier kommen noch erfahrungsgemäss besonders dann, wenn die Kranken sich zu bessern und etwas mehr Freiheit zu geniessen beginnen, Unglücksfälle keineswegs selten vor.

Besonderes Gewicht ist immer darauf zu legen, dass die Kranken sich niemals, auch nicht bei der Abortbenützung, der Aufsicht vollständig entziehen können. Erfahrungsgemäss kommen die meisten Unglücksfälle in unverschlossenen Nebenräumen vor.

Im Uebrigen sind die modernen Anstalten heute sämmtlich darauf eingerichtet, der Eigenart des einzelnen Falles in Bezug auf etwaige Variationen der Behandlung, Milderung der Ueberwachung etc. gerecht zu werden.

Auch bei den Melancholischen leistet die Bettbehandlung die besten Dienste. Freilich gibt es Kranke, die infolge lebhafter Agitirtheit nicht im Bett zu halten sind. In diesem Falle kann man es im Dauerbade versuchen; die Erfahrungen verschiedener Psychiater haben aber ergeben, dass die Dauerbadbehandlung gerade bei Melancholischen vielfach versagt oder sogar die Angst steigert. Man wird sich deshalb in Bezug auf hydrotherapeutische Maassnahmen oft auf Packungen und allenfalls auf prolongirte Bäder von $^1/_2$—2stündiger Dauer beschränken müssen.

Wie auf dem körperlichen, so ist auch auf dem geistigen Gebiet für möglichste Ruhe zu sorgen. Auch aus diesem Grunde empfiehlt sich ein Verbleiben dieser Kranken in der eigenen Häuslichkeit nicht, wo jeder Gegenstand der Umgebung, jedes bekannte Geräusch des Haushalts als Reiz wirken kann und die Trennung von den Angehörigen bei der räumlichen Nähe oft besonders schmerzlich empfunden wird. Auch in der Anstalt wird man dementsprechend wenigstens in der ersten Zeit Besuche fernhalten müssen. Es bedarf keiner weiteren Begründung, dass die von Laien

so oft empfohlenen Versuche, den Kranken durch Zerstreuung „auf andere Gedanken zu bringen", nicht nur ganz widersinnig und zwecklos sind, sondern sogar schädlich wirken.

In medicamentöser Beziehung wird gegen die Angst das Opium von Alters her empfohlen und vielfach mit gutem Erfolge angewendet. Man gibt es in Substanz oder als Tinctur (meist Tinctura Opii simplex), oder endlich subcutan als Extractum op. aquosum. Die Anfangsdosis beträgt etwa 0·025 bis 0·05 des Opium pulv., 10—15 Tropfen der Tinctur, 0·02—0·03 des Extracts; man gibt das Mittel täglich 3—4mal, nach *Ziehen* am besten Morgens 7, Nachmittags 3, Abends 8 und 10 Uhr. Allmählich steigert man die Dosen auf 0·1—0·25 der Substanz, auf 30, 40 und mehr Tropfen der Tinctur, 0·1—0·2 des Extractes gleichfalls mehrmals täglich. Beim Eintreten von Intoxicationserscheinungen (Miosis, Somnolenz) bleibt man 1—2 Tage auf derselben Dosis stehen oder geht auch etwas zurück. Will man mit dem Mittel aufhören, so setzt man es nicht plötzlich aus, sondern geht allmählich mit der Dosis herunter. Plötzliches Aussetzen des Mittels pflegt die Krankheitserscheinungen rasch zu steigern. In den häufigen Fällen, in denen die Kranken durch unverständige Angehörige mitten aus der Behandlung herausgerissen werden, ist eine entsprechende Belehrung jener, sowie die Verständigung des die weitere Behandlung leitenden Arztes erforderlich. Während der Opiumbehandlung ist immer sorgfältige Beobachtung der Kranken (Pupillen) auch in körperlicher Beziehung nothwendig. Die im Anfang häufig bestehende Obstipation ist mit leichten Abführmitteln zu bekämpfen; am besten lässt man von Anfang an ein Rheuminfus nehmen. Wegen der Herabsetzung der Salzsäureausscheidung infolge Opiumgebrauchs empfiehlt sich vielfach innerliche Darreichung von Salzsäure. Das Opium kann bei entsprechender Vorsicht Wochen und Monate ohne Gefahr gegeben werden; doch ist bei hohem Alter, Marasmus und schwacher Herzaction Vorsicht in seiner Anwendung nothwendig. In Fällen, in denen die gewünschte Wirkung auf die Psyche nach einigen Tagen nicht eingetreten ist, setzt man das Mittel besser aus, weil es dann doch meist nichts mehr nützt.

Das Morphium (subcutan) sollte nur gelegentlich Anwendung finden, wenn eine besonders hochgradige ängstliche Erregung besteht und den Kranken per os nichts beizubringen ist.

Die Schlaflosigkeit der Melancholischen wird durch prolongirte Bäder, feuchte Einpackungen, kleine Alkoholgaben, eventuell auch durch Medicamente bekämpft. Von letzteren kommen besonders das Trional (0·5—1·5 per os oder als Klysma) in Betracht, weniger das Sulfonal, das zwar meist in Dosen von 1—2 Grm. sicher und prompt wirkt, aber häufiger störende Nachwirkungen hervorruft; ferner neuerdings besonders das Veronal (0·5—1·0); das von einigen Seiten empfohlene Dormiol (0·5—3·0, in Kapseln) hat sich bei uns nicht besonders bewährt. Das Chloralhydrat, das in Dosen von 1—3 Grm. zuverlässig schlafmachend wirkt, ist wegen seiner üblen Wirkungen auf das Herz und die Blutgefässe nur bei jugendlichen, nicht lungen- oder herzkranken Individuen ohne Bedenken zu gebrauchen. Bei älteren Personen sind das Paraldehyd (3·0—4·0 Grm.) und Amylenhydrat (2·0—3·0) trotz ihres schlechten Geschmackes und Geruches sehr warm zu empfehlen (Darreichung in Bier).

Vielfach werden endlich Combinationen verschiedener Mittel angewendet, so besonders das Morphiumchloral *(Jastrowitz)*, das in Dosen von 0·01—0·015 Morphium und 1·0—1·5 Chloral oft sehr günstig wirkt.

Für alle Schlafmittel gilt die Regel, sie so spät (mit Bezug auf die Krankheitsdauer) wie möglich zu geben und nicht gleichmässig fortbrauchen zu lassen, sondern mit ihnen zu wechseln und sie immer wieder versuchsweise zu reduciren und so früh wie möglich fortzulassen.

Eine gute Ernährung der Kranken ist von besonderer Wichtigkeit. Meist gelingt es bei genügender Geduld, den Kranken Nahrung auf natürlichem Wege zuzuführen, doch kann die Anwendung der Schlundsonde erforderlich werden, wenn sie trotz aller Versuche, ihnen etwas beizubringen, mehrere Tage völlig abstinirt haben. Bei senilen Kranken kann die Darreichung kleinerer Alkoholgaben gerechtfertigt sein.

Die psychische Behandlung tritt besonders in der Genesungszeit in ihr Recht. Vorher pflegt Zuspruch und Belehrung meist nichts zu helfen. In der Reconvalescenz, wenn die früheren Interessen der Kranken wiederzukehren beginnen, bedarf es einer entsprechenden leichten Beschäftigung und Ablenkung. Auch in dieser Zeit ist aber noch eine Ueberwachung auszuüben, da leichte Schwankungen und Rückfälle auch dann noch leicht vorkommen können.

Eine besondere Schwierigkeit macht endlich oft die Frage der Entlassung. Manche Kranke, die unter besonders starkem Heimweh leiden, genesen zu Hause vollends schnell. Demgegenüber gibt es andere Fälle, in denen eine vorzeitige Entlassung alsbald wieder eine Verschlimmerung des Zustandes hervorruft. Im Allgemeinen empfiehlt es sich, die Kranken erst dann zu entlassen, wenn sie ihr früheres Körpergewicht und ihren gesunden Schlaf wieder erlangt haben, Krankheitseinsicht besitzen und nicht mehr fortdrängen.

Literatur: *Friedmann*, Ueber neurasthenische Melancholie. Monatsschrift für Psych. u. Neurol., 1904, XV, Heft 4 u. 5. — *Jolly*, Archiv für Psychiatrie, XXIII, 1896. — *Kahlbaum*, Die Gruppirung der psychischen Krankheiten. Danzig 1863. — Derselbe, Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin 1874. — *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 5., 6. u. 7. Aufl. — Derselbe, Die klinische Stellung der Melancholie. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., VI, 1899. — *Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie. 1897. — *Markus*, Ueber einige Besonderheiten in Erscheinung und Verlauf der Melancholie bei Neurasthenikern. Allg. Z. f. Psych. 46, 1890. — *Mendel*, Leitfaden der Psychiatrie. Stuttgart 1902. — *Neisser*, Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. XX, 1897. — *Pfister*, Behandlung des Irreseins im Allgemeinen. *Penzoldt-Stintzing*, VI. — *Rückle*, Ist die Melancholie ausschliesslich eine Psychose des Rückbildungsalters? Diss. Erlangen 1898. — *Schott*, Beitrag zur Lehre von der Melancholie. Archiv für Psych., XXXVI, H. 3. — *A. Westphal*, Melancholie. *Binswanger-Siemerling's* Lehrbuch d. Psych., 1904. — *Ziehen*, Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. *Alt's* Sammlung. Halle 1896.

17. VORLESUNG.

Die alkoholischen Geistesstörungen.

Von

K. Bonhoeffer,

Breslau.

Meine Herren! Wenn wir von alkoholischen Geistesstörungen sprechen, so bemerken Sie, dass wir hier den Versuch machen, ein ätiologisches Eintheilungsprincip anzuwenden, während wir sonst in der Psychiatrie uns im Allgemeinen begnügen, symptomatologisch, unter Umständen mit Heranziehung des Verlaufsbildes einzutheilen — denken Sie an die Diagnose Melancholie, Manie, progressive Paralyse. Wir werden sehen, inwieweit es möglich ist, die einzelnen zu besprechenden Erkrankungen nach dem Gesichtspunkte der alkoholischen Aetiologie eindeutig zu charakterisiren.

Der Nachweis vorausgegangener Alkoholexcesse oder selbst des chronischen Alkoholismus beweist noch nichts für die alkoholische Natur der gerade vorliegenden Psychose. Denn wir wissen erstens, dass man Alkoholismus nicht selten als Einleitung einer beginnenden oder Symptom einer bestehenden, keineswegs alkoholischen Geisteskrankheit antrifft, beispielsweise bei der progressiven Paralyse. Zweitens ist bekannt, dass der Verfall in Alkoholismus sehr häufig Ausdruck einer psychopathischen Anlage, eines angeborenen oder erworbenen psychischen Defectzustandes ist. Es ist deshalb von vornherein zu erwarten, dass der Alkoholismus in der Anamnese psychisch Kranker häufig genannt wird, ohne dass ihm eine andere Bedeutung zuzukommen braucht, als etwa dem Nachweis früherer Prostitution bei einem psychisch defecten Weibe, das später geisteskrank wird.

In einer dritten Gruppe von Fällen kommt dem Alkoholismus nur die Bedeutung einer auslösenden und verstärkenden Krankheitsursache zu. Die alkoholische Gehirnveränderung hat hier die Bedeutung einer Schädigung, die eine sonst vielleicht latent gebliebene Disposition zu psychischer Erkrankung zum Ausbruch bringt, ohne dass dem Alkoholismus dabei ein anderer Werth zukäme als etwa einer Kopfverletzung, welche einen zu Paralyse disponirten Syphilitischen trifft, oder einem Puerperium, das eine circuläre Psychose auslöst.

In manchen Fällen ist es freilich klinisch oder anamnestisch schwer, diese lediglich auxiliäre Bedeutung des Alkoholismus zu erweisen. Aber wenn auch einmal eine Katatonie, eine echte manisch-depressive Geisteskrankheit, überhaupt Psychosen, die wir im Allgemeinen unabhängig vom chronischen Alkoholismus auftreten sehen, eine ausgesprochen alkoholistische Vorgeschichte haben, so ist in einem solchen Falle noch nicht von alkoholistischer Geisteskrankheit zu sprechen.

Wir sind trotz der grossen Mangelhaftigkeit unserer ätiologischen Kenntnisse im Vergleich zu früher doch insofern weiter, als wir für zahlreiche Psychosen doch wenigstens die Unwesentlichkeit des Alkoholismus als ätiologisches Moment erkannt haben. Ich kann Sie daran erinnern, dass es noch nicht so lange her ist, dass als Aetiologie der klassischen, progressiven Paralyse vielfach der Alkoholismus betrachtet wurde, während jetzt wohl Niemand mehr dieses ätiologische Moment gegenüber der Lues für wesentlich hält.

Von alkoholistischen Psychosen werden wir erst dann sprechen, wenn wir bestimmte Krankheitsbilder von charakteristischer Symptomgruppirung und bestimmtem Verlaufe so überwiegend häufig auf dem Boden der Alkoholintoxication auftreten sehen, dass wir an einen inneren gesetzmässigen Zusammenhang glauben müssen.

Die Krankheiten, welche diesen Bedingungen entsprechen, sind vor Allem der chronische Alkoholismus selbst, dann das Delirium tremens, die *Korsakow*'sche Psychose, die acute Hallucinose der Trinker, die sogenannte Alkoholparalyse und die verschiedenen Uebergangs- und Zwischenformen. Weniger klar ist die Klinik der chronischen Alkoholpsychosen.

Eine Bemerkung hinsichtlich des pathognomonischen Charakters der Alkoholpsychosen kann ich bald hier vorwegnehmen. Wir treffen gelegentlich auch bei anderer Aetiologie ähnliche Zustandsbilder, wie sie sonst der Alkoholismus schafft. Diese Uebereinstimmung wird auf die Identität der Localisation der Processe im Gehirn zu beziehen sein. Im Ganzen weist aber die regelmässige Wiederkehr derselben klinischen Symptome unzweifelhaft darauf hin, dass beim Alkoholismus offenbar eine besondere Affinität der Noxe zu bestimmten Gebieten des Gehirns und eine Neigung zu bestimmten Verlaufsformen besteht, so dass eine Differenzirung bei Beachtung der Summe der Symptome und ihrer Aufeinanderfolge wohl fast immer möglich ist.

Die genannten Psychosen haben den chronischen Alkoholismus zur Voraussetzung. Sie bilden den Hauptgegenstand unserer Betrachtung. Von ihnen zu trennen ist diejenige alkoholische Geistesstörung, die wir nach acuter einmaliger Alkoholvergiftung auftreten sehen. Hierher gehört die einfache Trunkenheit, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll, und ihre Modification, der sogenannte pathologische Rausch. (Synonyma sind pathologische Alkoholreaction und complicirter Rausch.)

Dieser bedarf seiner praktischen Bedeutung wegen einer kurzen Skizzirung.

Die toxische Wirkung des Alkohols ist beim Gesunden, wie Sie wissen, die, dass zunächst eine Aenderung der Stimmung im Sinne einer gewissen Euphorie, ein Wegfall von Hemmungen, eine Erleichterung in der Auslösung motorischer Impulse eintritt. Mit Zunahme der Intoxication

und ihrem Grade parallel gehend treten allmählich Benommenheit und körperliche und geistige Lähmungserscheinungen mehr und mehr hervor. Die Rückerinnerung an den gewöhnlichen Rausch ist um so ungenauer, je schwerer die Intoxication ist. Sie ist deshalb meist klar für das erste, sie wird undeutlich für die späteren Stadien des Rausches.

Anders ist es beim pathologischen Rausch. Hier sehen wir nach verhältnismässig kleinen Alkoholmengen schnell, oft plötzlich einen veränderten Bewusstseinszustand eintreten. Die Art der Veränderung kann sehr mannigfaltig sein. Am häufigsten betrifft sie besonders augenfällig die Affectlage. An Stelle der Euphorie tritt Angst oder Wuth mit ausgesprochener Neigung zu wahnhafter Abwehr oder gewaltthätiger Aggression. Ist man in der Lage, den Trunkenen zu dieser Zeit zu untersuchen, so bemerkt man häufig, aber nicht immer, einen Verlust der Orientirung oder auch eine phantastisch ängstliche Missdeutung der Situation. Der Vorstellungsinhalt ist einförmig mit Neigung zur perseveratorischen Wiederholung. Es sind Angstvorstellungen bedrohlichen oder melancholischen Inhalts, Eifersuchts- und andere Beeinträchtigungsideen. Auch Ideen der Selbstüberschätzung und ausgesprochene Grössenwahnvorstellungen kommen vor. Normale und perverse sexuelle Triebanregungen treten mit elementarer Gewalt hervor. Es ist nicht selten, dass auch Ideen, welche das Individuum im nüchternen Zustande bewegt haben, aber der Gegenvorstellungen wegen nicht zur Ausführung kamen, im pathologischen Rausche zur That werden. *Möli* hat darauf besonders hingewiesen, und die criminelle Bedeutung dieser Erscheinung liegt auf der Hand. Die Gewaltsamkeit der motorischen Reaction im pathologischen Rausch findet eine Analogie nur im epileptischen Dämmerzustand.

Bemerkenswerth und für die Diagnose wichtig ist, dass die gewöhnlichen somatischen Intoxicationserscheinungen, die Ungeschicklichkeit, die locomotorische Ataxie und die lallende Sprache dem pathologischen Rausche im Allgemeinen abgehen.

In allen Fällen von pathologischem Rausche, auch wenn kein augenfälliger starker Affect vorliegt, besteht eine Störung der Bewusstseinsklarheit. Somatisch finden wir die ihr entsprechenden nervösen Störungen. Man findet Herabsetzung und Aufhebung der Lichtreaction der Pupillen mitunter noch über die Dauer des pathologischen Zustandes hinaus (*Gudden* u. A.).

Neuerdings hat *Kuttner* auch das vorübergehende Schwinden der Patellarreflexe und starke Hypotonie der Muskulatur beobachtet.

Entsprechend der Bewusstseinsstörung ist das nachträgliche Verhalten der Rückerinnerung. Das Gewöhnliche ist Amnesie. Doch braucht der Erinnerungsausfall nicht vollständig zu sein; bei genauer Analyse sind einzelne Erinnerungsinseln oft nachweisbar. Es kommt vor, dass kurz nach dem Rausche die Rückerinnerung zunächst vorhanden ist und erst später verloren geht, oder dass sie später plötzlich einmal auftaucht, kurz gesagt, alles, was wir hinsichtlich der Rückerinnerung an Träume kennen, all das gilt auch für die Rückerinnerung an den pathologischen Rausch.

Der Verlauf des pathologischen Rausches unterscheidet sich vom gewöhnlichen. Wir haben schon gesehen, dass beim pathologischen Rausche die allmählich der Intoxication parallel gehende Steigerung der Symptome fehlt, sie tritt mit Vorliebe plötzlich auf. Die Erregungsphase dauert beim pathologischen Rausche oft wesentlich länger. Während der einfach Trunkene

im Allgemeinen schläft, wenn er erst zu Bett gebracht ist, geht die Erregung im pathologischen Rausche oft stundenlang weiter, beginnt sogar gelegentlich nach dem Erwachen von Neuem.

Die Neigung, auf Alkohol pathologisch zu reagiren, ist sehr verbreitet. Wir finden sie vor Allem bei den angeborenen Defectzuständen, vor Allem beim Epileptiker, Hysteriker, Imbecillen und bei der grossen Gruppe der Desequilibrirten. Auch erworbene Schädlichkeiten schaffen die Disposition, Schädeltraumen, functionelle und organische Erkrankungen des Nervensystems. Ebenso schafft auch der gewohnheitsmässige Alkoholmissbrauch selbst mit der Zeit eine pathologische Reactionsform auf Alkoholexcesse, für die vor Allem das Eintreten von deliranten Symptomen und von Eifersuchtsideen in das Symptomenbild des pathologischen Rausches charakteristisch ist.

Man ist im Stande, bei Individuen, welche zu pathologischen Räuschen disponirt sind, diese durch Verabreichung von Spirituosen zu erzeugen. Doch gelingt dies keineswegs mit der Sicherheit des Experiments. Daraus folgt, dass wir es mit complicirteren ätiologischen Factoren zu thun haben. Es gehört noch eine besondere Momentdisposition dazu, die von endogenen Momenten abhängt, in anderen Fällen auch durch Summation mit erregenden äusseren Anlässen, z. B. dem Zusammentreffen mit einem Schutzmann, hervorgerufen werden kann.

Die praktische Bedeutung des pathologischen Rausches beruht in seiner Häufigkeit und in der dem pathologisch Trunkenen eigenen Neigung zu rücksichtsloser Gewaltthätigkeit. Selbstmordversuche, lebensbedrohliche Angriffe auf die ihm Entgegentretenden, vor Allem auch auf die nächsten Angehörigen bilden ein häufiges Vorkommnis. In foro ist der pathologisch Trunkene zu exculpiren. Der Nachweis des pathologischen Rausches ist in der Praxis aber oft nicht zu führen, weil der Sachverständige häufig lediglich auf die ungenügende, retrospective, actenmässige Betrachtung angewiesen ist. Wichtig ist der Nachweis der pathologischen Grundlage. Im Einzelnen muss auf die Lehrbücher der gerichtlichen Psychiatrie verwiesen werden.

Wie der pathologische Rausch, gehört auch die periodische Trunksucht nicht zu den alkoholischen Geistesstörungen im engeren Sinne. Sie soll deshalb nur kurz gestreift werden. Das Wesentliche ist eine periodisch auftretende, kurzdauernde endogen bedingte psychische Veränderung, die meist als innere Unruhe oder als dumpfes Angstgefühl geschildert wird. Durch diese veränderte Stimmungslage werden Trinkexcesse der excessivsten Art ausgelöst. In einzelnen Fällen scheint ein elementares Durstgefühl den Anfall zu begleiten, ich habe einen solchen Fall mit episodischem Diabetes insipidus verbunden gesehen. *Gaupp* hat sich um den Nachweis verdient gemacht, dass in der überwiegenden Anzahl der bekannten Fälle der Periodicität epileptische Verstimmungen zu Grunde liegen. Doch können wohl auch andersartige degenerative Zustände zu periodischer Trunksucht führen. In einem Falle sah ich im Anschluss an ein Schädeltrauma Trinkexcesse von periodischem Charakter eintreten. Die periodische Trunksucht ist in klar ausgesprochener Weise eine seltene Erkrankung. Häufig wird sie vorgetäuscht durch die Periodicität des Löhnungstages und die damit verbundenen Trinkexcesse. Andererseits mag es sein, dass an Orten mit starkem Schnapsconsum eine ursprünglich periodische Trunksucht durch den chronischen ortsüblichen Abusus verwischt wird.

Meine Herren! Wir gehen nun über zu den eigentlich alkoholistischen Psychosen und haben hier zunächst den Boden, auf dem sie erwachsen, den chronischen Alkoholismus selbst, in seiner klinischen Erscheinungsform zu betrachten. Es ist hier von Anfang an daran festzuhalten, dass wir von chronischem Alkoholismus nur dann sprechen, wenn sich klinische Zeichen davon nachweisen lassen. Die Thatsache, dass jemand regelmässig Alkoholica selbst in grösseren Mengen zu sich nimmt, gibt nicht die Berechtigung, von chronischem Alkoholismus zu sprechen, wenn nicht gleichzeitig die Zeichen der chronischen Vergiftung klinisch in Erscheinung treten. Thatsächlich gibt es Gewohnheitstrinker, die grosse Mengen Schnaps täglich trinken und die klinisch die Zeichen des chronischen Alkoholismus fast ganz vermissen lassen. Die Widerstandsfähigkeit Alkoholicis gegenüber zeigt grosse individuelle Schwankungen. Es ist dies ein Punkt, der besonders bei experimentellen Versuchen der Berücksichtigung bedarf.

Die Gefahr, dem chronischen Alkoholismus zu verfallen, ist bei sonst gleichen äusseren Bedingungen für den psychopathisch Veranlagten erheblich grösser als für den Gesunden. Gefährdet sind vor Allem, was ja psychologisch klar liegt, die haltlosen, willensschwachen Debilen. Bei den schweren Formen des chronischen Alkoholismus vermisst man selten, wenn man darauf achtet, die psychopathische Constitution. Es ist hier nicht der Ort, näher auf das wichtige Problem des Ineinandergreifens individueller und socialer Ursachen des Alkoholismus einzugehen.

Die Klinik und die pathologische Anatomie zeigen, dass der chronische Alkoholismus eine Allgemeinerkrankung ist, an der wohl alle inneren Organe, insbesondere das Herz, die Gefässe, die Leber, das Blut, die Nieren, die Schleimhäute des Magens und Darms und das ganze Nervensystem theilnehmen. Ein tiefergehendes ätiologisches Verständnis für das Wesen der alkoholistischen, nervösen und psychischen Störungen wird erst zu gewinnen sein, wenn die Erforschung der intestinalen alkoholischen Erkrankungen und der durch den Alkoholismus hervorgerufenen Stoffwechselveränderungen Fortschritte gemacht haben wird. Wir werden darauf beim Delirium tremens zurückkommen.

Bei der klinischen Betrachtung des chronischen Alkoholismus sind wir genöthigt, den Zustand des Alkoholisten, während er unter Alkoholwirkung steht, zu trennen von dem, den er in der Klinik in alkoholfreier Verfassung zeigt. Der letztere Zustand gibt gewissermaassen das Ergebnis der chronischen Vergiftung. Was zunächst den ersteren anlangt, so kann ich es mir versagen, Ihnen das gewöhnliche Bild eines Trunkenbolds zu schildern. Nur das ärztlich Wesentliche soll hervorgehoben werden. Es ist nicht selten, dass chronische Alkoholisten die ärztliche Sprechstunde aufsuchen. Es ist aber ganz ungewöhnlich, dass sie dies in der Kenntnis und zur Beseitigung ihres Grundleidens, des Alkoholmissbrauches, thun. Was sie dahin führt, sind die Störungen von Seiten des Magens und der Nerven.

Sie klagen über mangelnden Appetit, schlechten Geschmack im Munde, Speichelfluss und Uebelbefinden vor Allem in der Frühe, das häufig mit Erbrechen abschliesse. Es wird über Reissen und Rheumatismus, vor Allem in den Beinen geklagt. Sie fühlen sich nervös, schreckhaft, sie klagen über Aerger in Beruf und Haus, fehlendes Verständnis bei der Frau, schlechten, durch lebhafte Träume gestörten Schlaf. Bei der Arbeit fühlen sie sich

unlustig, das Gedächtnis sei nicht mehr so zuverlässig. Kopfschmerzen fehlen oder treten wenigstens nicht besonders hervor, dagegen wird über Eingenommensein des Kopfes und über Mouches volantes geklagt. Alkoholmissbrauch wird in Abrede gestellt.

Objectiv ergibt sich Druckempfindlichkeit des Magens, der Leber und der Beinmuskulatur. Es besteht ein mässiger Tremor der Finger und der etwas belegten Zunge. Die Conjunctiven sind meist etwas injicirt, die Haut des Gesichtes ist etwas gedunsen und leicht cyanotisch. Wenn der Patient nicht unter Alkoholwirkung steht, ist der Tremor stärker und es besteht eine gewisse Unsicherheit und Hast der Bewegungen. Damit ist der objective somatische Befund häufig erschöpft. Psychisch ist oft nichts, vielleicht in der Art des Auftretens eine gewisse Bonhomie bemerkbar.

Wesentlich anders gestaltet sich das Bild, wenn die Anamnese durch die Angehörigen ergänzt wird. Man erfährt dann zunächst von grösserem Schnapsconsum und häufiger Angetrunkenheit. Der Kranke habe sich im Charakter verändert, die Regelmässigkeit der dienstlichen Pflichterfüllung habe nachgelassen, er werde nachlässiger, bleibe, wenn er sich am Abend betrunken, vom Dienste weg, melde sich oft krank, habe die Stellung wechseln müssen, verdiene jetzt weniger. Die Schuld gebe er andern. Im Hause sei er gereizt, werde leicht brutal, neige zu Beschimpfungen der Frau, habe obscöne Ausdrücke vor den Kindern. In der Wuth komme es zu Bedrohungen und selbst zu Misshandlungen der Frau und der Kinder. Er spreche von Todtschlag und Selbstmord, weiterhin spiele das sexuelle Gebiet in seinen Aeusserungen eine grosse Rolle, insbesondere in Form von Verdächtigungen der Ehefrau. Das Ehrgefühl habe nachgelassen, Neigung zum Lügen und Beschönigen sei aufgetreten. Um Geld zum Trinken zu haben, kürze er der Frau das Haushaltungsgeld, versetze Sachen und eigne sich sogar ihm nicht Gehöriges an.

Nüchtern geworden, wisse er von Vielem nichts mehr oder bedauere seine Verfehlungen.

Eine genauere Analyse des psychischen Zustandes, in welchem sich der unter fast dauernder Alkoholwirkung befindliche Potator befindet, steht noch aus, jedenfalls fehlt es noch an systematischen Detailuntersuchungen. Das Wesentliche ist eine dauernde leichte Benommenheit, die sich in einer Erschwerung der Auffassung und der intellektuellen Verarbeitung ausspricht. Die Merkfähigkeit ist geschwächt. Die Neigung zu unvollständiger Wahrnehmung und zum Illusioniren ist gross und es besteht eine Affectrichtung in dem Sinne, die Dinge aus einer ängstlichen oder gereizten Stimmung heraus zu missdeuten. Es bedarf in dieser, der epileptischen Benommenheit sehr nahestehenden psychischen Verfassung nur eines äusseren, oft unerheblichen Anstosses, um die specifischen Erregungen der Gewohnheitstrinker, die pathologischen Räusche in Erscheinung treten zu lassen.

Diese lassen sich nach ihren hauptsächlichen klinischen Symptomen in delirante und epileptoide Räusche eintheilen. Die delirante Form findet sich bei Trinkern vor Allem dann, wenn sie sich in der Nähe eines Delirium tremens befinden, und ist sie durch das Auftreten von zahlreichen optischen Hallucinationen und Illusionen, durch Angst, ängstliche Missdeutungen und Neigung zu Orientirungsverlust gekennzeichnet. Es gehört hierher, was *Krafft-Ebing* als trunkfällige Sinnestäuschungen bezeichnet hat.

Die epileptoide Rauscherregung des Gewohnheitstrinkers wächst aus der geschilderten psychischen Verfassung meist plötzlich heraus im Anschluss an irgend ein der Reizbarkeit Nahrung gebendes Ereignis. Die Verweigerung von weiteren Spirituosen in der Wirthschaft, das Zusammentreffen mit einem Schutzmann, eine Vorhaltung der Frau oder die Abneigung der Frau gegen sexuelle Ansprüche führt zu plötzlichen Wuthausbrüchen mit stärkster motorischer Erregung und brutaler Aggression.

Die motorische Erregung in den epileptoiden Räuschen kann in der Sinnlosigkeit des Umsichschlagens krampfartigen Charakter annehmen. Diese auf der Höhe der Erregung auftretenden krampfartigen Zustände sind oft schwer von der echten Alkoholepilepsie zu unterscheiden.

Als echte Alkoholepilepsie bezeichnen wir die als Zeichen schwerer chronischer Alkoholintoxication auftretenden epileptischen Anfälle. Sie treten nach besonders gehäuften Excessen und auch als Einleitung oder Vorläufer eines Delirium tremens auf. Für die echte Alkoholepilepsie ist charakteristisch, dass die Anfälle bei Abstinenz in der Anstalt sistiren.

Dieser echten Alkoholepilepsie stehen zwei anders zu beurtheilende Formen von Epilepsie gegenüber. Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass der chronische Alkoholismus mit Vorliebe auf der Basis einer angeborenen Psychopathie erwächst. Es ist deshalb nicht zu verwundern, dass der Alkohol gelegentlich als agent provocateur einer bis dahin latenten Krampfanlage — sei es epileptischen oder hysterischen — wirkt. Diese kann einerseits sich so äussern, dass nur im Anschluss an Trinkexcesse und unter der Wirkung des chronischen Abusus Krampfanfälle auftreten, während in der Abstinenz die Anlage wieder latent wird. Diese Form ist naturgemäss oft schwer von der echten Alkoholepilepsie zu trennen. Ein differentielldiagnostisches Moment bildet jedoch meist das Lebensalter. Die Kranken, bei denen es sich um Manifestwerden einer epileptischen Anlage unter Alkoholwirkung handelt, sind im Allgemeinen jünger und können weniger schwere Potatoren sein als die echten Alkoholepileptiker.

In einer anderen Gruppe wird die latente Anlage durch die alkoholische Gehirnveränderung dauernd manifest und die Krämpfe werden habituell und es entwickelt sich eine progressive, alkoholisch ausgelöste Spätepilepsie. Endlich hat auf eine weitere Form habitueller Epilepsie im Gefolge des Alkoholismus *Bartz* hingewiesen, bei der es sich wahrscheinlich um Combination mit Arteriosklerose handelt. Sie gehört deshalb eigentlich nicht mehr in das Bereich der Alkoholepilepsie im engeren Sinne.

Die Häufigkeit epileptischer Anfälle im Gefolge des Alkoholismus wird sehr verschieden angegeben. Für die in die Kliniken eingelieferten Trinker ist 20 Procent wahrscheinlich nicht zu viel gerechnet.

Eine zum psychischen Habitus der chronischen Alkoholisten gehörige Eigenheit ist der Eifersuchtswahn. Er äussert sich klinisch meist zuerst in den Räuschen der Potatoren in Form gemeiner Beschimpfung der Ehefrau. Es ist oft zunächst nicht festzustellen, ob es sich bei diesen Beschimpfungen lediglich um den Ausdruck brutaler Trinkerroheit handelt. Man wird dann natürlich nicht von Eifersuchtswahn sprechen. Dieser kann vielmehr nur dann diagnosticirt werden, wenn sich wirklich wahnhafte Elemente nachweisen lassen. Die thatsächliche Treue oder Untreue der Frau ist belanglos. Die klinische Untersuchung hat sich nur auf die psychopathologische Genese der Eifersuchtsideen zu erstrecken. Diese findet

sich vor Allem in den Aeusserungen von krankhafter Eigenbeziehung. Der Trinker missdeutet in seinem leicht benommenen Zustande an sich bedeutungslose Vorgänge im Sinne der ehelichen Untreue der Frau. Fast immer sind es Beobachtungen beim Nachhausekommen in dem Sinne, dass der Liebhaber die Frau eben verlassen hat; er hat Schwierigkeiten, das Schloss zu öffnen, und argwöhnt, dass die Frau das Schlüsselloch verändert hat, um Zeit zu gewinnen. Er sieht den unruhigen Kindern an, dass jemand da war, die Frau sieht blass, verstört aus, die Kleider sind in Unordnung, das Bett ist aufgedeckt u. s. w. Dazu kommen ungenaue illusionirte Wahrnehmungen. Er sieht Schatten huschen, Lichtfunken von der Cigarre des verschwindenden Liebhabers.

Der tiefere Grund dafür, dass sich gerade Eifersuchtswahn gerne beim Alkoholisten entwickelt, liegt zum Theil wohl in der Wirkung des Alkoholismus auf die Sexualsphäre. Der Verstärkung der sexuellen Libido entspricht meist nicht die thatsächliche sexuelle Leistungsfähigkeit. Dazu kommen einfach psychologische Momente, dass die Frau sich dem Sexualverkehr mit dem ihr entfremdeten und zu Brutalität neigenden Manne in vielen Fällen wirklich zu entziehen sucht. Der Alkoholist sucht den Grund dafür nicht in seiner eigenen Person, sondern sieht die Erklärung anderwärts.

Die Eifersuchtswahnideen des Trinkers schwanken zu Anfang meist in ihrer Festigkeit und es kommt in der weitaus grösseren Mehrzahl zu keiner festen Systembildung. Die praktische Bedeutung des Eifersuchtswahnes ist gross wegen der grossen Gefahr, die aus ihm für die Angehörigen des Trinkers entspringt.

Wir werden noch bei Besprechung der chronischen Alkoholpsychosen auf den Eifersuchtswahn zurückzukommen haben.

Dasselbe Individuum, das wir in der Phase der chronischen Alkoholisirung in einem Dauerzustande leichter Benommenheit mit Neigung zu epileptoider Reizbarkeit und Gewaltthätigkeit kennen gelernt haben, bietet nun ein wesentlich anderes Bild, sobald es sich kurze Zeit in der Abstinenz der Anstaltsbehandlung aufgehalten hat.

Es gibt schwere Alkoholisten, die zu den brutalsten Trinkern gehört haben und völlig ausser Stande waren, ihren Beruf auszufüllen, während sie innerhalb der Anstalt sich vollständig geordnet verhalten und fleissige pünktliche Arbeiter sind. Die Wuthzustände und die Reizbarkeit schwinden. Die Stimmung wird gleichmässig. Es erwacht die Arbeitslust. In zahlreichen Fällen tritt jetzt auch Einsicht für die Ursache, den Alkoholmissbrauch ein. Die Kranken erscheinen geheilt. Dass doch nicht alles in Ordnung ist, zeigt sich, wenn es durch irgend eine Störung der Hausordnung dem Patienten gelingt, mit Schnaps in Berührung zu kommen, oder wenn er nach kurzem Anstaltsaufenthalt zur Entlassung kommt. Es wird dann ersichtlich, dass die Widerstandskraft noch geschwächt ist, der Patient wird rückfällig. Ein Symptom, aus dem sich schon während des Anstaltsaufenthaltes psychologisch der Grad der wiedererlangten Energie ermessen liesse, gibt es nicht. Man weiss nur empirisch, je länger der Kranke abstinent gehalten, um so eher gelingt es, ihn später auch in der Freiheit vom Trinken fernzuhalten.

Jedenfalls ist diese Form des chronischen Alkoholismus, bei der die Intoxicationserscheinungen so rasch ausgeglichen erscheinen, die prognostisch günstigste.

Eine andere Gruppe zeigt auch in der Abstinenz eine deutliche Reizbarkeit, Roheit und Brutalität der Gesinnung und Einsichtslosigkeit in die alkoholistische Lebensführung.

Als Typus der alkoholistischen Degeneration wird gewöhnlich eine Gruppe von Trinkern geschildert, die auch in der Anstalt niemals ihre Trinkexcesse und ihren dadurch bedingten socialen Ruin zugestehen, die voll von hochtönenden Phrasen sind, auf der Abtheilung das grosse Wort führen, dem Arzt gegenüber immer wieder in sentimentalen Worten sich als ein unglückliches Opfer ungünstiger Verhältnisse darstellen; trotz angestrengtester Arbeit gelinge es ihnen nicht, sich zu halten. Sie versprechen alles, lügen und renommiren scrupellos, stellen alles in Abrede, was anamnestisch über sie ausgesagt ist. Nach jeder Entlassung werden sie rückfällig und betheuern nach jeder erneuten Einlieferung in derselben Weise, dass es nur ihr Unglück und der böse Wille des Arbeitsgebers und der Mangel an Verständnis bei der Frau sei, die sie nicht wieder in geordnete Verhältnisse kommen lassen, und dass jetzt alles anders würde, wenn man sie entliesse.

Ich kann nicht finden, dass diese letztere Gruppe von chronischen Alkoholisten besonders häufig ist. Es handelt sich dabei wohl immer um Individuen, die ab ovo abnorm waren, die den pathologischen Schwindlern in gewissem Sinne nahestehen und durch den Alkoholismus, dem sie verfallen sind, eine besondere Färbung bekommen haben.

Auf die schweren im Verlauf des chronischen Alkoholismus auftretenden psychischen Defectzustände soll erst eingegangen werden im Anschluss an die acuten alkoholischen Geistesstörungen, aus denen sie sich am häufigsten entwickeln.

Von diesen acuten Alkoholpsychosen ist die wichtigste und häufigste das Delirium tremens.

Obwohl die Krankheit lange bekannt ist und obwohl sie eine regionär ausserordentlich häufige Erkrankung ist, so besteht doch über ihr Wesen keineswegs volle Klarheit. Sie erwächst auf dem Boden des chronischen Alkoholismus und doch ist sie von dem, was Sie bisher von Symptomen der acuten und der chronischen Alkoholvergiftung gehört haben, grundverschieden. Sie unterscheidet sich auch insofern, als der Ausbruch des Delirs keineswegs direct an vorangegangene Excesse gebunden ist.

Die klinische Erscheinungsweise ist sehr charakteristisch und schwer zu verkennen.

Häufig treffen wir ein Vorstadium schlechten, unruhigen, von ängstlichen Träumen und Selbstgesprächen unterbrochenen Schlafes. Der Patient schrickt leicht auf, gewinnt nach dem Erwachen nicht gleich die Orientirung, sieht auch gelegentlich Nachts ein paar schwarze Gestalten, neigt zu Schweiss und Zittern. Tags ist er klar, vielleicht etwas schreckhaft und leicht gereizt und etwas hastig in den Bewegungen. Er klagt über Rheumatismus und Aerger. Dieses Vorstadium kann weniger ausgesprochen sein, wenn das Delir, wie es häufig ist, im Anschluss an eine somatische acute Erkrankung ausbricht.

Das Delir selbst setzt acut ein. Die augenfälligsten und für die Diagnose wesentlichsten Symptome sehen Sie an dem Kranken, den ich Ihnen hier zeige.

Der Patient sieht congestionirt aus, hat Schweiss auf der Stirn. Der Gang und die Haltung ist unsicher. Die vorgestreckten Hände zittern.

Wenn Sie den Kranken anfassen, so fühlen Sie, dass der ganze Körper leicht zittert. Druck auf die Muskulatur, insbesondere auf die der Beine, thut ihm weh. Die Conjunctiven sind entzündlich geröthet. Der Gang ist unsicher ataktisch. Wenn Sie die Sprache beachten, so bemerken Sie auch an der Stimme ein leichtes Zittern, es vibriren die Lippen und die Gesichtsmuskeln. Bei langen Worten ist die Sprache verwaschen und stolpernd und erinnert an die eines Paralytikers.

Wenn Sie sich der psychischen Seite zuwenden, so sehen Sie, dass der Patient nicht immer bei der Sache ist. Er passt nicht gut auf, scheint sich oft zu verhören und verspricht sich leicht. Er hat zwar die Fragen, die über seine Personalien, seinen Lebensgang an ihn gerichtet wurden, schnell und richtig beantwortet, aber sobald ich aufhöre, seine Aufmerksamkeit durch eindringliches Fragen zu fixiren, sehen Sie ihn in eigenthümlicher Weise suchend an seinen Beinkleidern herumtasten, er beugt sich zur Erde und scheint, obwohl nichts da liegt, etwas aufzuheben. Ueberlassen Sie nun den Kranken weiter sich selbst, so geräth er allmählich in den eigenartigen „deliranten" Beschäftigungsdrang. Sie sehen ihn sich zeitweise suchend an der Erde bewegen, dann setzt er sich an den Tisch, ruft nach seiner Frau oder er bestellt sich, als ob er in der Destille wäre, einen Schnaps, er antwortet wohl auch plötzlich, als ob er gefragt worden wäre, er steht auf, stellt sich an die Wand, stemmt sich dagegen. Aus den begleitenden Ausrufen ist zu entnehmen , dass er sich in seinem Berufe als Zimmermann glaubt und Balken zum Hausbau in die Höhe stemmt. Suchen wir ihn davon abzuhalten, so wird er ängstlich, sucht sich festzuhalten und behauptet, es stürze zusammen. Doch gelingt es leicht, ihn abzulenken und ihn wieder zum Stillsitzen zu bewegen. Die Angst schwindet dann und macht einer gewissen humoristischen Euphorie Platz.

Wir setzen die Exploration fort und erfahren nun von ihm, dass er die Situation, in der er sich befindet, und die Personen, die um ihn sind, verkennt, und zwar in wechselnder Weise. Einmal behauptet er, er sei zu Hause, kurz darauf glaubt er sich auf der Baustelle, dann in der Cantine. Er ist zeitlich ungenau orientirt. Er behauptet, obwohl er schon zwei Tage hier ist, eben erst hier angekommen zu sein, weil er hier eine Besorgung habe. Er erzählt von bedrohlichen Erlebnissen, die ihm begegnet seien, es seien in der Nacht viele Menschen bei ihm eingebrochen, man habe ihn umbringen wollen, erst habe man ihn in einen Keller, dann ins Wasser geworfen — Missdeutung von Isolirung und Bad — es sei alles voll von Ratten und Ungeziefer gewesen. Traumartig reihen sich die Erlebnisse aneinander.

Der Kranke zeigt sich auch genaueren Untersuchungen zugänglich, wenn wir nur immer seine Aufmerksamkeit genügend fixiren. Wir können ihn lesen lassen und sehen, dass er kleinste Druckschrift erkennt, aber nach wenigen Buchstaben fängt er an, sinnloses Zeug zu lesen, bis wir wieder seine Aufmerksamkeit anspornen. Auch Gehör- und Hautempfindung zeigen erhaltene Functionen. Doch ist auffallend, wie wechselnd die Schmerzempfindung ist. Gegen die Verletzung, die der Kranke sich vor der Verbringung nach der Klinik zugezogen hat, zeigt er sich in dem einen Augenblicke ganz unempfindlich, im anderen ist ihm die Berührung der Wundränder sehr unangenehm. Ganz ähnlich verhält er sich, wenn wir die Schmerzempfindung in der üblichen Weise mit Nadelstichen prüfen,

und Sie sehen ganz deutlich, dass es sich hier um Einflüsse der Aufmerksamkeitsablenkung, nicht um echte organische Analgesien handelt. Der Kranke ist sehr suggestibel und Sie können durch Lenkung der Aufmerksamkeit Hallucinationen vor allem auf optischem und tactilem Gebiete künstlich hervorrufen. Am erregbarsten erweist sich die optische Zone, wie Ihnen der *Liepmann*'sche Versuch zeigt. Lassen Sie nämlich den Kranken die Augen schliessen und üben einen leichten Druck auf den Bulbus aus, so können Sie Hallucinationen des Gesichts wachrufen, in denen die *Purkinje*'sche Druckfigur — der Kranke sieht Sterne, Sonne, Buchstaben, Schachbrett, feurige Wolken — eine Rolle spielt. Bewegte optische Hallucinationen können Sie vor allem dadurch wachrufen, dass Sie den Kranken mit den Augen grosse Flächen, am besten grosse Bilder überfliegen lassen. Akustische Hallucinationen lassen sich weniger leicht, echte Hallucinationen der tieferen Sinne nur ausnahmsweise wachrufen.

Vergegenwärtigen wir uns nochmals kurz die wesentlichen Züge, die uns im psychischen Bilde des Patienten entgegen traten, so sehen Sie die Erinnerung an die frühere Vergangenheit und die Orientirung über die eigene Person intact. Wir haben einen Ausfall an Merkfähigkeit, an Aufmerksamkeit und an combinatorischer und associativer Leistung. Aus diesen Ausfallserscheinungen ergibt sich der Orientirungsverlust, die Mangelhaftigkeit der Rückerinnerung für die jüngste Vergangenheit und die klinisch verwandte Erscheinung der Augenblicksconfabulationen. Gegenüber den Ausfallserscheinungen finden wir eine psychosensorische Hyperproduction, die sich in einer grossen Neigung zu optischen und tactilen combinirten Hallucinationen ausspricht; an zweiter Stelle stehen die akustischen, ganz zurück treten die der tieferen Sinne. Das augenfälligste Symptom ist die Fälschung des Bildes der Aussenwelt, und zwar ist die Situation im Sinne der Alltagsbeschäftigung gefälscht und der Beschäftigungsdrang entspricht in seiner Form dem jeweiligen Charakter der Situationsmissdeutung. Der Affect wechselt zwischen Angst und stumpfer Euphorie.

Damit sind die wesentlichsten Eigenthümlichkeiten des psychischen Bildes eines typischen Delirs erschöpft. Wollen Sie die Einzelheiten eingehender kennen lernen, so muss ich Sie auf meine ausführlichen Untersuchungen an anderer Stelle verweisen. Auf einzelne differentiell wichtige Punkte haben wir bei Besprechung der anderen alkoholistischen Psychosen einzugehen.

Dagegen bedürfen noch einige wichtige somatische Erscheinungen des Delirs der Erwähnung.

Von dem Tremor hat das Delir seinen Namen. Der delirante Tremor ist derselbe wie der der chronischen Alkoholisten, nur ist er ausgebreiteter und stärker. Wie der gewöhnliche alkoholische Tremor wird auch der des Deliranten geringer nach Alkoholverabreichung. Es besteht eine starke Schweisssecretion. Diese ist nur bis zu einem gewissen Grade abhängig von der Stärke des Bewegungsdranges. Auch stille, im Bett zu haltende Deliranten haben oft profuse Schweisssecretion. Sie wird durch geringe psychische Inanspruchnahme verstärkt.

Cerebrale Lähmungserscheinungen gehören im Allgemeinen nicht zu den Symptomen des typischen Delirs. Doch werden Andeutungen von Facialisparesen, vorübergehende Augenmuskelstörungen gelegentlich gesehen.

Wichtig für die allgemeine Auffassung des Delirs sind die begleitenden Erscheinungen von Seiten des Herzens, der Gefässe, der Nieren, der Temperatur und des Blutes. Mit dem Verhalten des Herzens und der Gefässe im Delirium tremens hat sich *Dölken* neuerdings eingehender beschäftigt. Nach ihm ist auf der Höhe des Delirs fast immer eine acute Herzdilatation nachzuweisen. Er hält diese für eine directe Folge des, seinerseits wieder central bedingten, erhöhten Blutdruckes. Die Pulsfrequenz ist erhöht, es besteht meist Dikrotie des Pulses. Dass im Delir eine acute Erkrankung der Capillarwandungen vorliegt, schliesst *Dölken* aus der Beobachtung, dass auch bei nicht arteriosklerotischen Trinkern eine nur kurzdauernde Ausschaltung des Arms aus der Circulation durch Umschnürung zu dichtgedrängten capillaren Blutungen führt.

Die Temperatur ist bei etwa drei Viertel der uncomplicirten Fälle etwas erhöht. In der Mehrzahl der Fälle geht sie nicht über 38° C., doch kommen auch sehr viel höhere Temperaturen vor; davon später. Etwa in demselben Procentverhältnis wie die Temperatursteigerung, aber keineswegs immer mit ihr zusammen, ist Eiweissgehalt des Urins nachzuweisen. Es handelt sich vor Allem um Albumin und Albumose.

Elzholz hat in hämatologischen Untersuchungen an Deliranten festgestellt, dass eine Veränderung des Leukocytengehaltes im Blute in dem Sinne stattfindet, dass eine Vermehrung der polynucleären zu Ungunsten der einkernigen auftritt. Die Zahl der eosinophilen Leukocyten ist verringert und sie schwinden ganz auf der Höhe der schwereren Delirien.

Die Nierensecretion ist vermindert, der Stuhl ist angehalten.

Der Verlauf des Delirs ist in den typischen Fällen ein recht charakteristischer. Nach dem oben geschilderten mehr oder weniger ausgesprochenen Vorstadium sehen wir meist ziemlich rasch die Desorientirung eintreten. Manche Fälle kommen aber noch vorher zum Abschluss. Wir sprechen dann von abortivem Delir. Wir verstehen darunter die Beschränkung der Symptome auf Herzangst, innere Unruhe, Zittern, Schweiss, Schlaflosigkeit und Andeutung von Aufmerksamkeitsstörung. Diese abortiven Formen kommen meist nicht in den Kliniken zur Beobachtung. Man sieht sie aber oft in den Polizeigefängnissen der Grossstädte. Bemerkenswerth ist, dass sich auch bei ihnen Albuminurie findet.

Mit dem Eintritt der Desorientirung ist der Beginn des vollentwickelten Delirs anzusetzen. Man hat versucht, verschiedene Stadien des Delirs zu unterscheiden. Doch sind hier die Uebergänge durchaus fliessend. Am besten lässt sich wohl nach dem Affect eintheilen. Im Anfang überwiegt die Angst, auf der Höhe tritt mehr die Euphorie hervor. Gegen Ende des Delirs werden die deliranten Symptome seltener, der Beschäftigungsdrang lässt nach. In den typischen Fällen besteht während des ganzen Delirs Schlaflosigkeit und der Abschluss wird durch den Eintritt eines tiefen, oft 12 Stunden und länger dauernden Schlafes angezeigt.

Die Durchschnittsdauer des Delirs beträgt für Breslau nach einem grossen Material berechnet 3—5 Tage. Anderwärts lauten die Zahlen anders. *Jakobsohn* hat für Dänemark 6—7 Tage, *Villers* für Brüssel 2 bis 3 Tage berechnet. In sehr seltenen Fällen dauert ein gewöhnliches Delir 8 und selbst 9 Tage. Dauert es länger und wird es öfter durch Schlaf unterbrochen, so ist die Prognose nicht günstig.

Nach dem Erwachen aus dem Schlaf orientirt sich der Kranke schnell. Es bestehen noch psychische Ermüdungserscheinungen. Die Erinnerung an das Delir ist von wechselnder Schärfe. Sie fehlt selten ganz, ist aber auch fast nie ganz erhalten. Krankheitseinsicht für die deliranten Erlebnisse tritt meist sofort ein. Doch gibt es Kranke, meist sind das schon etwas defect gewordene, bei denen die Krankheitseinsicht langsamer kommt und längere Zeit residuäre Wahnideen bestehen.

Auch die körperlichen Erscheinungen bilden sich nach dem Schlafeintritt schnell zurück.

Symptomenbild und Verlauf des Delirium tremens zeigen in einzelnen Fällen mitunter Besonderheiten. So gibt es Delirien, insbesondere bei alten Säufern, die schon viele Delirien durchgemacht haben, bei denen dauernd eine gewisse Krankheitseinsicht erhalten bleibt. Auch die Orientirung kann bestehen bleiben und die Hallucinationen haben gegenüber den Ausfallserscheinungen nur eine geringe Ausbildung.

Hervorgehoben werden muss eine Gruppe von Delirien, die ich zum Unterschied vom typischen Delir als schwere Delirien bezeichnet habe.

Psychisch erscheinen diese Kranken schwerer fixirbar und etwas benommen. Der schwere Charakter der Erkrankung kommt vor Allem auf motorischem Gebiete zum Ausdruck. Der Tremor und die Ataxie ist sehr stark. Die deliranten Suchbewegungen sieht man in choreiforme, oft auch in klonischen Zuckungen ähnliche Bewegungen übergehen. Im Gebiete der Gesichts- und Mundmuskulatur tritt Schnalzen, Pfeifen, Grimassiren auf. Die Sprache wird ganz verwaschen, wie beim Meningitiskranken, es treten paraphasische Wortbildungen oder ganz unverständliche Lautbildungen auf. Die Kranken sind ausser Stande, zu gehen und zu stehen. Stellt man sie auf, so drängen sie steif nach hinten oder sie fallen zusammen, sie stemmen sich an, klammern sich fest. Ihr ganzes motorisches Verhalten zeigt, dass ihnen die Orientirung über ihre körperliche Stellung im Raume verloren gegangen ist. Es besteht Dyspnoe und profuser Schweiss. Augenmuskelstörungen, vor Allem Abducensparesen oder Störungen der conjugirten Blickbewegungen werden beobachtet. Stets sind neuritische Symptome, zum Mindesten in einer starken Druckempfindlichkeit der Muskulatur der unteren Extremitäten bestehend, anzutreffen.

Es kommt vor, dass hohe Temperatursteigerungen diese schweren Delirien begleiten (Delirium tremens febrile *Magnan's*). Epileptische Anfälle treten nicht nur als Einleitung, sondern auch während des Verlaufes auf.

Die Prognose dieser schweren Delirien ist recht ungünstig. In der Mehrzahl der Fälle tritt der Tod ein. Volle Genesung ist selten, die Entwicklung im Sinne der *Korsakow*'schen Psychose häufig.

Pathologisch-anatomisch findet man in den ohne Complication zum Tode führenden schweren Fällen von Delirium tremens, abgesehen von den Erscheinungen des chronischen Alkoholismus, dessen Anatomie hier nicht eingehender behandelt werden soll, als häufigen Befund eine Neigung zu kleinen Hämorrhagien im Gehirn, die wahrscheinlich auf einer Erkrankung der Capillarwandungen beruht. Es ist nicht uninteressant, dass *Dölken* den schon erwähnten experimentellen Nachweis einer pathologischen Veränderung der Capillarwandungen klinisch erbracht hat. Die Blutungen sind verschieden zahlreich, sie finden sich in der Rinde und eine

zweite Prädilectionsstelle ist das Höhlengrau. Ueber die Natur der Capillarwandungsveränderung ist noch nichts Sicheres bekannt. Sicher zu trennen ist diese acute Veränderung von der chronischen der Arteriosklerose. Pathognomonisch für das Delir sind die kleinen Hämorrhagien keineswegs, denn man findet sie bekanntlich häufig bei schweren Intoxicationen. Mittels der *Nissl*'schen Methylenblaumethode zeigen sich schwere Zerfallserscheinungen vor Allem an den grossen *Betz*'schen Zellen und in den *Purkinje*'schen Ganglienzellen. Mittels der *Marchi*'schen Methode lässt sich in schweren Fällen, so weit sie nicht vor Eintritt der Zerfallsreaction an den Nervenscheiden zum Tode führen, deutlicher scholliger Zerfall der Markscheiden nachweisen. Als Prädilectionsstelle des Zerfalls scheint die Gegend der Centralwindungen und vor Allem der Wurm des Kleinhirns sich zu ergeben. Eine nur ganz geringe Betheiligung an dem Zerfall zeigen die Markscheiden des Schläfe- und Occipitallappens.

Eine sichere anatomische Diagnose des Delirium tremens ist nicht möglich. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit kann man die Diagnose stellen, wenn neben den Erscheinungen des chronischen Alkoholismus Degeneration der Capillaren, frische capillare Hämorrhagien, schwere Zellveränderungen nach *Nissl* und im Marchipräparat die genannten Zerfallserscheinungen sich finden.

Ehe wir versuchen, uns von dem Wesen des alkoholdeliranten Processes eine Vorstellung zu machen, ist es nöthig, noch genauer den Boden zu untersuchen, auf dem das Delir erwächst.

Einmalige Excesse machen kein Delir, chronischer Missbrauch ist erforderlich.

Ob der Einfluss höherer Alkohole, speciell das Fuselöl, eine besondere Prädisposition gibt, ist nicht erwiesen. Sicher sind Schnapstrinker sehr viel mehr gefährdet als selbst schwere Bier- und Weintrinker.

Das Delirium zeigt in allen auf ein grösseres Material gestützten Statistiken eine Vorliebe für die heissen Sommermonate. Es mag dies mit der bei hoher Aussentemperatur verlangsamten Oxydation des Alkohols im Organismus zusammenhängen. Ich erinnere Sie an die lange Dauer der Rauschwirkung in den Tropen. Das Lebensalter zwischen 35 und 50 ist das bevorzugte. Es ist das die Zeit, in welcher der Alkoholmissbrauch im Durchschnitt seine Höhe erreicht hat.

Von principieller Wichtigkeit ist noch die Betrachtung der Complicationen. Sichergestellt ist die Erfahrung, dass der Ausbruch acuter körperlicher Erkrankungen, und zwar vor Allem von Infectionskrankheiten, häufig beim Trinker von einem Delirium tremens gefolgt ist. An Häufigkeit stehen an erster Stelle die acuten Infectionen des Athmungsapparates. Bekannt ist bei der Pneumonie der Potatoren die Deliriumsgefahr. Jeder 7. bis 8. Delirant leidet an Pneumonie. Die Pneumonie geht dem Delir stets voran. In ähnlichem Procentverhältnis finden sich leichte Bronchitiden. *Elzholz* meint, dass man bei diesen letzteren häufig nicht von einem causalen Zusammenhang sprechen dürfe, sondern der toxische Process des Delirs selbst drücke sich wie in dem acuten Conjunctivalkatarrh, so auch in den bronchitischen Symptomen aus. Er denkt an eine ähnliche Localisation der Giftwirkung, wie sie bei den Morbillen bekannt ist. Es bedarf dieser Punkt noch weiterer Untersuchung. Dasselbe gilt von den acuten Darmkatarrhen.

Ueber die Bedeutung der Traumen, die früher namentlich von chirurgischer Seite als deliriumauslösendes Moment betrachtet wurden, sind wir bei genauerem Zusehen anderer Ansicht geworden. *Jacobsohn* vor Allem hat gezeigt, dass sich in der Mehrzahl der Fälle nachweisen lässt, dass die Verletzung schon im ersten Beginn des Delirs erworben ist. Die motorische Unsicherheit und die Aufmerksamkeitsstörung machen dies verständlich. Für einen kleinen Theil von Fällen nur, in dem Läsionen des Athmungsapparates durch Rippenfractur oder durch Fettembolie vorlagen, scheint mir erwiesener Maassen doch das Verhältnis so zu liegen, dass das Delirium durch das Trauma ausgelöst wird.

Die epileptischen Anfälle, die das Delir häufig einleiten, sind wohl meist als Folge derselben Intoxication anzusprechen, die das Delir bedingt. Es ist aber auch nicht selten, dass epileptische Anfälle nach schweren Trinkexcessen auftreten und dass dann 2 bis 3 Tage später das Delir ausbricht. Hier liegt der Zusammenhang wieder weniger klar.

Früher wurde als Hauptursache für den Deliriumsausbruch die plötzliche Alkoholentziehung angesehen. Späterhin wurde in einer von der Abstinenzbewegung beeinflussten entgegengesetzten Strömung der plötzlichen Entziehung jeder Einfluss auf den Deliriumsausbruch abgesprochen. Die Wahrheit liegt wohl in der Mitte. Ich habe an einem grösseren Gefängnismaterial den Nachweis liefern können, dass die plötzliche Entziehung, wie sie mit der Einlieferung ins Gefängnis verbunden ist, auch ohne andere nachweisbare Ursache im Stande ist, bei decrepiden Individuen am 2. oder 3. Abstinenztage ein kurzdauerndes oder zum Mindesten ein abortives Delir zu erzeugen. Das psychische Moment der Internirung, an dessen Einfluss man denken könnte, ist bei den hier in Frage kommenden Individuen belanglos. Es handelte sich ausschliesslich um stumpfe Bettler und Vagabunden, für die das Gefängnis keinerlei affective Bedeutung hat.

Andererseits kann für das Gros der leidlich ernährten Trinker nicht in Abrede gestellt werden, dass die Zahl der Delirien in den Krankenhäusern nicht zunimmt, wenn keine Alkoholica verabreicht werden. Die Erfahrungen in den Abstinenzhospitälern sprechen im Allgemeinen gegen die Annahme, dass der Ausbruch von Alkoholdelirien durch Verabreichung von Spirituosen sich verhindern lässt. Doch müssen vereinzelte Erfahrungen, wie sie *Elzholz* und auch ich in einem Falle gehabt haben, immerhin beachtet werden, wonach es schien, als ob wirklich die Verabreichung von Alkohol im allerersten Beginn den Ausbruch des Delirs zunächst hintangehalten hätte. Dagegen habe ich von der Verabreichung von Alkohol während des Delirs niemals eine Unterbrechung oder auch nur eine Abänderung des Verlaufes des Delirs gesehen.

Fragen wir nun nach der eigentlichen Ursache des Delirium tremens, so können wir nach der ganzen klinischen Erscheinungsweise und nach unserer Kenntnis des chronischen Alkoholismus mit Bestimmtheit sagen, es handelt sich um etwas völlig anderes, als etwa um summirte Rauschwirkung oder um eine Exacerbation des chronischen Alkoholismus, wie das Delir gelegentlich bezeichnet worden ist.

Offenbar bildet die chronische Alkoholintoxication die Vorbedingung, auf deren Boden sich ein neues Agens entwickelt.

Der acute Ausbruch, der kritische Abfall der Erkrankung, der den Fieberdelirien bis zu einem gewissen Grade verwandte psychische Zustand der traumhaft deliranten Verworrenheit, die transitorische Albuminurie, die Pulsdikrotie, das Verhalten der weissen Blutkörperchen, die häufigen Temperaturerhöhungen, der anatomische Befund der Hyperämie und der kleinsten Hämorrhagien und endlich das häufige Vorangehen acuter Infectionskrankheiten könnte daran denken lassen, das Delir als eine Infectionskrankheit, die ihren besonderen Charakter durch die chronische Alkoholisirung des Organismus bekommt, betrachten zu lassen. Thatsächlich ist diese Hypothese von verschiedenen Seiten, insbesondere von *Jacobsohn* discutirt worden. Sie kann aber nicht aufrecht erhalten werden. Vorangehende Infectionen, Temperaturerhöhungen können fehlen, die Gelegenheitsursachen, die ein Delir auslösen, sind, wenn auch oft, doch keineswegs immer Infectionen. Der Charakter der abortiven Delirien, wie der der ruhigen Delirien bei alten Säufern erinnert nicht an eine Infectionskrankheit. Infectionserreger sind nicht gefunden worden.

Nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse ist es das Wahrscheinlichste, dass in dem alkoholvergifteten Organismus durch eine der sogenannten Gelegenheitsursachen das Stoffwechselgleichgewicht in der Art gestört wird, dass ein im Gefolge der chronischen Alkoholvergiftung sich bildendes Stoffwechselgift in verstärkter Menge auftritt oder dass seine Ausscheidung verhindert wird. Wir denken also an eine Autointoxication. Ueber ihre Natur ist freilich bis jetzt wenig bekannt. Am eingehendsten hat *Elzholz* versucht, die Autointoxicationshypothese zu begründen. Er nimmt an, dass durch den chronischen Alkoholmissbrauch eine giftige Substanz erzeugt wird, die lange Zeit in ihrer Wirkung durch das Gegengift, den Alkohol, bekämpft wird. Hat sich das Gift nach fortgesetztem Missbrauch in grösserer Menge angesammelt, so erschöpft sich rasch die Wirkung des Gegengiftes und es tritt als Abstinenzerscheinung das Delirium tremens auf. Diese Hypothese krankt meines Erachtens an der Ueberschätzung der Abstinenz für den Deliriumausbruch. Wäre die Hypothese richtig, so müssten in allen Fällen länger dauernden chronischen Alkoholismus Abstinenzerscheinungen bei Entziehung des Alkohols auftreten. Das entspricht aber, wie wir gesehen haben, nicht der klinischen Erfahrung. Das Gros der gewohnheitsmässigen Trinker verträgt die plötzliche Entziehung ohne jede Störung. Auch die Thatsache, dass der Verlauf eines ausgebrochenen Delirs auch durch grosse Alkoholgaben nicht aufgehalten wird, spricht gegen die Auffassung, dass das dem Delir zu Grunde liegende Gift zum Alkohol im Verhältnis von Toxin und Antitoxin steht.

Andere Anschauungen über die Natur des Giftstoffes sind an anderer Stelle von *Dölken,* von *Herz* und von mir ausgesprochen worden. Wir werden gut thun, abzuwarten, bis wirkliche Ergebnisse über Untersuchungen der Toxicität des Serum u. s. w. vorliegen.

Für solche Untersuchungen bietet das Delirium tremens unzweifelhaft günstige Verhältnisse wegen der Häufigkeit der Erkrankung, der kurzen Dauer und der dadurch gegebenen Möglichkeit, die Befunde an Genesenen zu erheben und auch mit chronischen Alkoholisten vor dem Delir zu vergleichen. Das Delirium tremens ist diejenige psychische Krankheit, bei welcher die Hypothese der Autointoxicationspsychose am ehesten in das Gebiet der gesicherten Thatsachen überzuführen sein dürfte.

Die Prognose des Delirium tremens ist gelegentlich schon berührt worden, sie richtet sich vor Allem danach, ob Complicationen vorliegen oder nicht. Die Complication mit Pneumonie oder schlechter Herzthätigkeit ist häufig und trübt natürlich die Prognose sehr. Bei uncomplicirten Delirien ist der letale Ausgang selten, immerhin kommt er vor. Die statistischen Mortalitätsziffern sind sehr verschieden, weil die complicirten und uncomplicirten Delirien nicht auseinander gehalten worden sind. Im Durchschnitt berechnet sich für Breslau 9% Mortalität. Für Königsberg und Hamburg sind die Zahlen grösser.

Ist das Delir von stärkeren neuritischen Symptomen begleitet, sind überhaupt die begleitenden organisch nervösen Erscheinungen sehr ausgesprochen, flackert das Delir nach dem Schlafeintritt öfter wieder auf, so ist die Prognose hinsichtlich der Restitution, wie schon bemerkt, zweifelhaft.

Die Suicidiumsgefahr ist im Delir gering und sie besteht eigentlich überhaupt nur im Beginn während der ängstlichen Phase. Beobachter, die für das Delir eine grosse Selbstmordziffer behaupten, haben wohl meist keine scharfe Trennung gegenüber dem pathologischem Rausche und der acuten Hallucinose der Trinker vorgenommen. Dagegen sind Selbstbeschädigungen und Unglücksfälle infolge der deliranten Unsicherheit und der gestörten Aufmerksamkeit nicht selten, im späteren Stadium sind sie oft eine Folge der localen Desorientirung und der Herabsetzung der Schmerzempfindung.

Grössere Gefahr wie für sich selbst bringt der Kranke für die Umgebung. Es ist deshalb im Allgemeinen die erste Aufgabe der Behandlung die Verbringung in die Klinik. Eine ätiologische Behandlung im eigentlichen Sinne gibt es nicht. Die Verabreichung von grossen Alkoholdosen ausgehend von der Auffassung des Delirs als Abstinenzerscheinung erweist sich als werthlos.

Was die symptomatische Behandlung anlangt, so handelt es sich vor allem um Erhaltung der Herzkraft während des Delirs. Es ist deshalb zunächst zu verhindern, dass die Deliranten im Beschäftigungsdrange sich abhetzen. Bettbehandlung und Dauerbad sind angezeigt. Isolirung ist wegen der Gefahr des Herzcollapses und der Selbstbeschädigung durch Anstossen an die Wände im Allgemeinen contraindicirt.

Medicamentös ist einerseits Campher subcutan und von Schlafmitteln Paraldehyd in Dosen bis zu 6 oder 8 Grm. pro die zu empfehlen. Auch von Isopral (1·5 Grm.) habe ich beruhigende Wirkung gesehen. Chloral und Opium lassen häufig, wenn nicht bedenklich grosse Dosen gegeben werden, die erwartete Wirkung vermissen.

In enger Beziehung zum Delirium tremens steht die *Korsakow*'sche Psychose.

Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass man gelegentlich Alkoholdelirien sieht, die nicht, wie es in den typischen Fällen geschieht, mit dem Schlafe ihren Abschluss finden, sondern immer wieder aufflackern und sich in die Länge ziehen. Man spricht dann von protrahirten Delirien. Diese haben in symptomatischer Beziehung oft die Eigenthümlichkeit, dass die Reizerscheinungen, die scenenhaften Hallucinationen und der Beschäftigungsdrang, zurücktreten und oft nur gegen Abend sich zeigen,

während im Uebrigen Orientirungsverlust, Defect der Merkfähigkeit und der Erinnerung für die jüngste Vergangenheit und häufig auch entsprechende Augenblicksconfabulationen im Vordergrund stehen. Diese protrahirten Delirien können noch nach Wochen zur Abheilung gelangen, mitunter bleibt das Bild in dieser Form stationär, nur dass die deliranten Züge noch seltener werden. Man spricht dann von der Entwicklung eines amnestischen oder *Korsakow*'schen Zustandsbildes, weil *Korsakow* als erster diese Form der Gedächtnisstörung wenigstens in diesem Zusammenhange beschrieben hat.

Wir verstehen also unter dem amnestischen Zustandsbild eine eigenartig psychische Störung, deren Grundelement eine hochgradige Schwäche der Merkfähigkeit bildet, die Kranken vergessen fast momentan. Neue Erfahrungen können deshalb nicht gemacht werden und die Folge ist ein Erinnerungsverlust für die Dauer des Ausfalls der Merkfähigkeit. Meist geht aber der Erinnerungsverlust noch erheblich weiter zurück und umfasst als sogenannte retrograde oder retroactive Amnesie grössere Gebiete der jüngeren Vergangenheit, die oft, aber keineswegs immer, scharf gegen das gut erhaltene ältere Erinnerungsmaterial abgegrenzt sein können. Selbst bedeutsame individuelle Erlebnisse, Verheiratung, Tod der Ehefrau, der Kinder, Berufswechsel u. ähnl., können der Vergessenheit anheimfallen. Dem gegenüber sind die älteren Erinnerungen oft besonders leicht reproducirbar. Die zeitliche Orientirung fehlt natürlich immer. Auch die Orientirung über den Ort und die Umgebung ist meist beirrt, und zwar in der Weise, dass sie im Sinne einer alten, früher dagewesenen Situation verkannt wird. Hierzu treten Erinnerungsfälschungen. In vielen Fällen treten diese erst dann hervor, wenn die Kranken bei der Exploration oder im Gespräch genötigt werden, sich über die Folge ihrer individuellen Erlebnisse in der jüngsten Vergangenheit Rechenschaft zu geben. Der Gedächtnisausfall wird nun mit Augenblicksconfabulationen verdeckt. Der Kranke, der über die Dauer seines Aufenthalts befragt wird, sagt, er sei eben erst gekommen, er erwarte hier jemand; die Frage, wo er hergekommen sei, beantwortet er mit der Bemerkung, er sei heute schon in Geschäften über Land gewesen. In vielen Fällen beschränken sich die Confabulationen lediglich auf diese amnestische Seite, in anderen treten auch abenteuerliche, phantastische Erinnerungsfälschungen auf, insbesondere spielen grosse Reisen über Meere und fremde Länder eine gewisse Rolle. Dabei scheint es sich um Reminiscenzen deliranter Erlebnisse oder um eine Art von Wachträumen zu handeln.

Der allgemeine Bewusstseinszustand dieser Kranken ist meist klar. Sie sind componirt und die scheinbar gut erhaltene Aufmerksamkeit contrastirt oft merkwürdig mit der defecten Merkfähigkeit. In anderen Fällen besteht eine gewisse Benommenheit. Die Affectlage ist indifferent, oft mit einer humoristisch-euphorischen Beimengung. In anderen Fällen tritt Reizbarkeit und emotionelle Schwäche hervor.

Dieser amnestische Symptomencomplex ist nun keineswegs etwas specifisch Alkoholistisches. Wir sehen ihn vielmehr in der Psychopathologie nach ganz verschiedenartigen Störungen als Residualzustand im Anschluss an acute Störungen, vor allem im Senium, bei Gehirntumoren, bei Strangulation, bei Gehirnerschütterung, nach Infectionskrankheiten und bei den

verschiedenartigsten Intoxicationen auftreten. Wir finden ihn aber nicht nur in besonderer Häufigkeit, sondern auch in einer besonders charakteristischen Entwicklungsform beim chronischen Alkoholismus, und zwar geschieht die Entwicklung des amnestischen Zustandes am häufigsten aus einem schweren Delir heraus, ohne dass man diesen Verlauf voraussehen kann. In anderen Fällen leitet ein Zustand von Benommenheit mit nur vereinzelten deliranten Zügen die Erkrankung ein. In selteneren Fällen tritt das amnestische Zustandsbild nach einer Serie alkoholepileptischer Anfälle auf. Das Allgemeinbefinden und die Ernährung ist meist schlecht. Schwere Symptome von Seiten der peripheren Nerven und oft auch der Gehirnnerven pflegen die Erkrankung zu begleiten und ihr Auftreten hat *Korsakow* Veranlassung gegeben, die Krankheit als polyneuritische Psychose zu bezeichnen. Thatsächlich fehlt die Neuritis nur ganz ausnahmsweise, immerhin bildet sie keine nothwendige Begleiterscheinung. Die peripher neuritischen Erscheinungen haben den bekannten Charakter der Alkoholneuritis und ich kann darauf verzichten, auf ihre Einzelheiten einzugehen. Ueberwiegend häufig sind die unteren Extremitäten und hier wieder die Peronei betheiligt.

Wichtig sind die Begleiterscheinungen von Seiten der Gehirnnerven und einzelner Gehirnterritorien. Das von *Wernicke* seinerzeit als Polioencephalitis haemorrhagica superior beschriebene Krankheitsbild, dessen augenfälligste klinische Erscheinungen in acut auftretenden multiplen Augenmuskellähmungen bestehen und dem anatomisch eine miliare hämorrhagische Infiltration des Höhlengrau in der Gegend der Augenmuskelkerne entspricht, ist bei genauerer Betrachtung keine Krankheit für sich, sondern sie ist, soweit sie alkoholischer Aetiologie ist, der *Korsakow*'schen Psychose zu subsumiren. Der Beginn ist auch bei dieser Modification der Erkrankung entweder der eines schweren Alkoholdelirs oder eine Phase der Somnolenz bildet die Einleitung. Peripher neuritische Symptome fehlen hier niemals und wenn der Tod nicht schon in der ersten Phase eintritt, was das Gewöhnliche ist, so sieht man wohl ausnahmslos den amnestischen Symptomencomplex sich entwickeln. Die Betheiligung der Augenmuskeln bedeutet offenbar lediglich eine besondere Localisation des Processes im Bereich der Augenmuskelkernregion. Befallen sind vor allem die Abducentes, häufig kommt es zu conjugirten Blicklähmungen und auch zu totaler Ophthalmoplegia interna. Die Betheiligung des Vagus ist nicht selten. Auch die Hirnrinde nimmt gelegentlich in Form von Herderscheinungen an der Erkrankung Theil. Es sind aphasische, asymbolische Symptome, corticale Taststörungen beobachtet worden. Alle diese Symptome treten meist schon in der ersten einleitenden Phase auf, haben meist transitorischen Charakter und bilden sich nach Ablauf der ersten Wochen meist zurück. Centrale Facialisparesen, Sprachstörungen, die an paralytische erinnern, pseudobulbäre Symptome kommen vor.

Der Verlauf der *Korsakow*'schen Psychose zeigt, wie wir gesehen haben, in ausgesprochener Weise zwei Etappen, die erste acute Phase und den residuären amnestischen Zustand. Während dieser amnestischen Phase treten gelegentlich, vor allem Abends, Delirien auf. In vereinzelten Fällen nehmen die schon genannten abenteuerlichen Confabulationen einen grösseren Umfang an und es werden auch phantastische Grössenideen, die an paralytischen Grössenwahn erinnern können, geäussert.

In einigen Fällen habe ich es gesehen, dass, nachdem das amnestische Zustandsbild einige Monate gedauert hat, acut eine hallucinatorische Psychose auftrat, in der vor allem beschimpfende und bedrohliche Gehörstäuschungen und ausgesprochener Beziehungswahn nachweisbar war.

Das amnestische Zustandsbild ist kein terminaler Defectzustand, sondern der Rückbildung zugänglich, doch tritt eine vollständige Wiederherstellung der psychischen Gesundheit so gut wie niemals ein. Es bleibt eine gewisse Schädigung der Merkfähigkeit und eine Abnahme der Leistungsfähigkeit auch in den günstigst verlaufenden Fällen zurück. Die somatischen neuritischen Erscheinungen können sich dagegen vollständig zurückbilden. Auch eine fast vollständige Ophthalmoplegie habe ich im Laufe zweier Monate sich vollständig zurückbilden sehen.

Die Dauer der *Korsakow*'schen Psychose erstreckt sich über Monate oder Jahre. Es gibt Beobachtungen, in denen der ausgesprochene amnestische Complex während zweier Jahre und noch länger unverändert geblieben ist. Die Rückbildung geht meist in der Weise vor sich, dass die Merkfähigkeit sich etwas bessert, dass zunächst die locale Orientirung wieder gewonnen wird und auch Bruchstücke der Tageserlebnisse wieder festgehalten werden. Die Confabulationen werden seltener und die intercurrenten abendlichen Delirien verlieren sich.

In vielen Fällen bleibt als Endergebnis einer *Korsakow*'schen Psychose ein Defectzustand, den wir übrigens in derselben Weise bei alten Säufern, die zahlreiche Delirien hinter sich haben, auch antreffen, der als Alkoholparalyse bezeichnet worden ist, und zwar deshalb, weil sich hier nervöse Lähmungserscheinungen mit psychischen in ähnlicher Weise combiniren wie bei der progressiven Paralyse. Speciell die demente Form der progressiven Paralyse hat oft grosse Aehnlichkeit mit ihr. Die Stimmung ist gleichgiltig, euphorisch, mit Neigung zu brutalen Scherzen, die Initiative sehr gering. Das Interesse beschränkt sich auf Essen, Trinken und Sexualia. Der Patient arbeitet nicht. Die Merkfähigkeit ist reducirt. Die Patellarreflexe können fehlen, die Pupillen sind oft different, schlechte, selbst fehlende Lichtreaction kommt vor. Die Bewegungen sind schwerfällig, der Gang etwas breitbeinig, die Sprache und Schrift kann neben dem Tremor ataktisch gestört sein. Es bestehen Hypästhesien, deren peripherer Charakter in späteren Stadien bei der Schwierigkeit der Untersuchung und dem Fehlen der Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln häufig nicht erweisbar ist. Auch Blasenstörungen sind beobachtet. Andeutungen sensorisch-aphasischer Symptome können bestehen.

Die Differentialdiagnose der Alkoholparalyse und der sogenannten Pseudotabes alcoholica gegenüber der echten Paralyse und Tabes kann so erhebliche Schwierigkeiten machen. Allerdings besteht diese Schwierigkeit meist nur, so lange man Anamnese und Verlauf nicht kennt. Die Anamnese ergibt den schweren Alkoholismus, Delirien, alkoholepileptische Anfälle, alkoholneuritische Symptome, *Korsakow*'sches Symptomenbild, pathologische Räusche, Eifersuchtsideen. Der Verlauf zeigt mangelnde Progression, bei abstinenter Lebensweise Besserung in der Anstalt.

Ein ausgezeichnetes, differentielldiagnostisches Kriterium zwischen echter und Alkoholparalyse haben wir in der Untersuchung der Spinalflüssigkeit. Bei der Alkoholparalyse fehlt die Lymphocytose und die Ver-

mehrung des Eiweissgehalts, die wir bei der echten Paralyse antreffen. Bei der Häufigkeit der dementen Fälle der Paralyse einerseits und des schweren Alkoholismus andererseits ist es verständlich, dass wir nicht so sehr selten Combinationen beider Erkrankungen antreffen.

Die pathologische Anatomie der *Korsakow*'schen Psychose ist in wesentlichen Punkten unbekannt.

Bei den in der ersten Phase zum Exitus gelangten Fällen finden sich dieselben Veränderungen wie bei den schweren Alkoholdelirien. Es finden sich Degenerationen mit der Methode *Marchi's*. Das Parietalhirn scheint bevorzugt *(Siefert)*. Es besteht eine ausgesprochene Neigung zu Blutextravasationen. Ueber die Natur der zu Grunde liegenden Gefässveränderung wissen wir vorläufig wenig.

Der Name Polioencephalitis haemorrhagica superior könnte an echte Entzündung denken lassen. Thatsächlich finden sich ganz entgegen der echten Encephalitis keine zelligen Infiltrate an den Gefässen und in den hämorrhagischen Herden keine Vermehrung der Lympho- und Leukocyten, sondern lediglich Blut und als Reaction auf die Gewebsschädigung Gitterzellen (Körnchenzellen).

Es handelt sich also um einfache Blutextravasationen auf dem Boden einer toxischen Erkrankung der Capillarwandungen. Diese kleinen Blutungen sind von wechselnder Ausdehnung. Ganz fehlen sie wohl nie.

Es bedarf keiner weiteren Erklärung, dass die Localisation solcher miliarer Blutungen im Höhlengrau des Hirnschenkels und der Brücke den Erscheinungen der Ophthalmoplegie zu Grunde liegt. Umgekehrt ist es nicht gestattet, aus dem Bestehen solcher Augenmuskelstörungen, mag es sich um eine conjugirte Blicklähmung oder um eine einfache von peripherem Charakter handeln, ohne Weiteres an hämorrhagische Infiltration der Kernregion zu denken. In einzelnen Fällen hat der vermuthete Befund gefehlt *(Thomsen, Bödecker)* und man musste an eine toxische, anatomisch noch nicht nachweisbare Schädigung der peripheren Nerven denken. Mitunter zeigen sich mit der *Marchi*'schen Methode Degenerationen in den peripheren Nerven.

Eine anatomische Grundlage für den amnestischen Complex fehlt noch völlig. Faserschwund in der Rinde ist von *Gudden* nachgewiesen worden. Eine stärkere Betheiligung des Parietalhirns will *Wyrubow* gefunden haben.

Was die Pathogenese anlangt, so ist bemerkenswerth, dass die *Korsakow*'sche Psychose häufiger bei Frauen als bei Männern auftritt. Unter 100 männlichen Alkoholistenaufnahmen befinden sich im Durchschnitt drei Korsakow, unter 100 weiblichen dagegen im Durchschnitt zwanzig *(Chotzen)*. Im Uebrigen sind die pathogenetischen Verhältnisse ganz ähnlich wie beim Delirium tremens. Auch hier sehen wir zum chronischen Alkoholismus ein zweites toxisches Moment hinzutreten. Schon *Korsakow* hat von einer Cerebropathia toxaemica gesprochen. Acute enteritische Processe, Infectionen anderer Art sieht man dem acuten Ausbruch vorangehen. Sehr häufig gibt auch eine acute Exacerbation einer Lungentuberculose den Anstoss.

Was nun die Gesammtauffassung der *Korsakow*'schen Psychose in ihrem Verhältnis zum Alkoholismus und zum Delirium tremens anlangt, so ist Folgendes zu erwägen.

Der amnestische Symptomencomplex ist ein Residualzustand, den wir, ohne dass nach unserer jetzigen Kenntnis eine symptomatologische Differenzirung möglich wäre, nach ganz verschiedenartigen acuten Gehirnschädigungen auftreten sehen. Man könnte nun daran denken, dass, wie eine beliebige andere Schädigung, beispielsweise eine Kohlenoxydvergiftung, ein Strangulationsversuch, ein Schädeltrauma, gelegentlich einen amnestischen Symptomencomplex im Gefolge hat, so auch ein Alkoholdelir einen amnestischen Complex auslösen könne.

Dem Delir würde danach der Werth eines äusseren Anstosses beizumessen sein. Einer solchen nur äusserlichen Beziehung widerspricht der klinisch mögliche Nachweis, dass die Elemente des amnestischen Zustandsbildes schon im Symptomenbild des typischen Delirs enthalten sind.

Delirium tremens und amnestischer Zustand sind unzweifelhaft wesensverwandte, psychopathologische Bilder. Es wird deshalb eher die Vorstellung dem wirklichen Sachverhalt entsprechen, dass der amnestische Complex, gewissermaassen functionell schon durch die Autointoxication des Delirium tremens hervorgerufen wird und hier durch hallucinatorische Erscheinungen nur verdeckt ist. Dauernd stellt er sich ein, wenn eine geschwächte Constitution des Nervensystems vorliegt oder vielleicht auch, wenn die Intensität der Vergiftung eine besonders starke ist.

Die Elemente des amnestischen Defectes — Merkschwäche, Orientirungsverlust, Ungenauigkeit der zeitlichen Rückerinnerung und Confabulation — sind nun keineswegs nur bei Alkoholdelirien anzutreffen, sie finden sich bei infectiösen, Inanitions- und Fieberdelirien in ähnlicher Weise. Es ist deshalb nicht verwunderlich, wenn wir auch hier diesen Zustand unter geeigneten Umständen für längere Zeit als Residuum einer acuteren Phase antreffen, wie es thatsächlich der Fall ist. *Kraepelin* hat früher geradezu infectiöses Irresein und *Korsakow*'sche Psychose identificirt.

Der amnestische Zustand selbst bedeutet offenbar nichts als einen cerebralen Schwächezustand, der durch verschiedene Processe hervorgerufen werden kann und über dessen Localisation wir nichts wissen. Die auf dem Boden des chronischen Alkoholismus erwachsene Autointoxication ruft ihn besonders leicht hervor und hat hinsichtlich der Entwicklung der Symptomenfolge und des weiteren Verlaufes die geschilderten Eigenthümlichkeiten, die es berechtigt erscheinen lassen, von einer alkoholischen Psychose sui generis zu sprechen. Thatsächlich macht die Diagnose bei genauer Kenntnis der Entwicklung kaum je Schwierigkeiten.

Dagegen kann die Diagnose, wenn nur die amnestische Phase bekannt ist, der Presbyophrenie und den verschiedenen andersartig bedingten amnestischen Complexen gegenüber unter Umständen erschwert sein.

Die Prognose der Erkrankung ist immer zweifelhaft zu stellen, insbesondere während der acuten Phase und wenn starke Betheiligung der Gehirnnerven vorliegt.

Während des amnestischen Stadiums ist die Prognose quoad vitam besser, soweit nicht complicirende somatische Erkrankungen vorliegen. Eine vollständige Restitution ist, wie schon bemerkt, sehr selten.

Die Behandlung geschieht am besten im Krankenhaus. Alkoholabstinenz, Bettruhe, Behandlung der neuritischen Symptome und vor Allem Hebung der Gesammternährung steht im Vordergrund. Psychisch werden

Gedächtnisübungen zwar empfohlen, aber Anfangs nützen sie nichts und später erreicht man mit Anleitung zu praktischen Arbeiten mehr als mit theoretischem schulmässigen Ueben. Frühzeitige Entlassung ist wegen der Recidivgefahr bei erneutem Spirituosengenuss nicht indicirt.

Schon seit Langem ist neben dem Delir noch eine andere acute Geisteskrankheit der Trinker beschrieben worden. Es ist das die acute Hallucinose der Trinker. Dieser Name, der von *Wernicke* stammt, bezeichnet gut das hervorstechende Symptom der Erkrankung. Andere Autoren nennen die Krankheit acute Paranoia der Trinker (*Witkowsky, v. Speyr* u. A.) oder acuten hallucinatorischen Wahnsinn der Trinker *(Kraepelin)*.

Der Boden, auf dem die Hallucinose erwächst, ist im Wesentlichen natürlich derselbe, wie der der bisher genannten Erkrankungen, nämlich der chronische Alkoholismus. Die Hallucinose ist jedoch viel seltener als das Delirium tremens. Die Individuen, die befallen werden, sind im Durchschnitt jünger als die Deliranten. Damit hängt wohl auch die Erscheinung zusammen, dass die Ausbildung des chronischen Alkoholismus, die man bei den an Hallucinose Erkrankenden antrifft, oft noch nicht sehr hochgradig ist. Der Ausbruch der Krankheit schliesst sich häufig an starke Excesse an. Die Hallucinose scheint sich häufiger bei geistig regsamen Individuen und bei Gebildeten zu finden.

Die Entwicklung der Erkrankung ist in den meisten Fällen eine ganz acute, immerhin gehen die als Prodromalsymptome des Delirs genannten Erscheinungen auch der Hallucinose nicht selten voran. Der eigentliche Ausbruch geschieht dann plötzlich oft mitten in der Nacht unter lebhafter ängstlicher Erregung. Die Angst scheint, soweit sich das klinisch feststellen lässt, secundär zu sein, die Folge von sehr lebhaften Gehörstäuschungen.

Diese stehen durchaus im Vordergrunde der Erscheinungen und zeigen meist eine recht charakteristische Entwicklung. Zunächst überwiegen elementare Akoasmen, Rauschen, Sausen, Pfeifen, Schreien, Schiessen, Pferdegetrappel, dann treten Phoneme dazu. Diese Stimmen haben einen sehr lebhaften, die Aufmerksamkeit fesselnden Charakter. Sie werden meist scharf localisirt. Der Kranke hört sie an genau bezeichneten Stellen, sie kommen hinter ihm und neben ihm her, es sind geflügelte Worte, durch die er sich geradezu gejagt fühlt. Der Klang ist deutlich; in formaler Beziehung haben die Stimmen oft mancherlei Besonderheiten, sie werden als lallend, gellend bezeichnet; gelegentlich versichern die Kranken, dass es wie in einer fremden Sprache klinge, dass sie auch ganz neue, unverständliche Worte hören. Besonders häufig sind Reflexhallucinationen, insbesondere solche, die sich an rhythmische Geräusche anschliessen. Das Tropfen von Wasser, das Rauschen von Wellen, das Surren der Räder eines Bahnzuges, der eigene Herzschlag, bilden oft die Quelle für rhythmisch sich wiederholende Reflexhallucinationen. Auch echoartiges Wiederholen des letzten gesprochenen oder gedachten Wortes kommt vor.

Die Stimmen sind meist zahlreich, die Kranken sprechen von einem Stimmengewirr. Inhaltlich handelt es sich um kurze Worte und Sätze, Zurufe von beängstigendem und beschimpfendem Charakter. Vorwürfe über

die alkoholistische Lebensführung, Aufforderung zum Selbstmord, Beschuldigung schwerer Vergehen, Bedrohungen mit hohen Strafen, ängstliche Vorstellungen über das Ergehen der Angehörigen sind der gewöhnliche Inhalt der Phoneme.

Neben den kurzen, prägnanten Einzelphonemen, wie „häng' Dich auf", „Canaille", „jetzt wird er weggeschafft", „werft ihn ins Wasser" und so fort, ist es sehr häufig, dass die Kranken Zwiegespräche, die ihren Lebensgang mit vielen Einzelheiten in absprechender Weise zum Gegenstande haben, halluciniren. Oft liegt ausgesprochenes Gedankenlautwerden vor. Alle motorischen Aeusserungen der Kranken werden in einfach registrirender oder mokanter Weise von Stimmen begleitet.

Neben den akustischen Hallucinationen treten die der anderen Sinne stark zurück. Doch fehlen optische und tactile keineswegs völlig. Die optischen bestehen meist in elementaren Photismen, Nebel, Funken, Blitze, schwarze Gestalten, öfter auch Bilder, die in ihrem wechselnden, oft phantastischen Charakter den deliranten optischen Hallucinationen nahestehen. Hautsensationen (Elektricität, Bespritztwerden, kriechende Thiere) kommen vor.

Intestinale Sensationen von hypochondrischem Charakter gehören, jedenfalls wenn sie in dominirender Stärke vorhanden sind, nicht zum typischen Bilde der Hallucinose. Ebenso verhält es sich mit den Hallucinationen von Seiten des Geruchs- und Geschmackssinnes.

Der herrschende Affect ist die Angst, die meist im Herzen localisirt wird. Die typische Reaction auf die Stimmen und die Angst besteht beim Alkoholhallucinanten in der Flucht. Sie verlassen ihre Wohnung, irren Tage und Nächte lang umher, fahren ruhelos mit der Bahn von einem Ort zum andern. Die Stimmen sind hinter ihnen, im Coupée, im Hotel, auf den Bahnhöfen, überall hören sie die Verfolger. Ein Selbstmordversuch oder eine Selbststellung bei der Polizei ist häufig das Ende der Hetze und führt den Patienten zur Anstalt.

Nicht immer ist die Reaction des Patienten eine so agitirte. Es gibt Kranke, bei denen die Angst mit einer Art stumpfer Resignation gemischt ist, ja es können selbst Züge einer gewissen gleichgiltigen Euphorie nachweisbar sein, ähnlich dem Affecte der Deliranten.

Die Orientirung geht meist nicht oder jedenfalls nur vorübergehend verloren, weder in örtlicher, noch in zeitlicher Beziehung. Daraus lässt sich schon entnehmen, dass die elementaren Störungen der Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, der Combinationsfähigkeit bei der Hallucinose nicht vorhanden sind.

Mit dem Erhaltenbleiben dieser elementaren Functionen steht es im Zusammenhang, dass eine psychische Verarbeitung der pathologischen Erlebnisse statfindet, dass nicht wie im Delir oder im normalen Traume die hallucinatorischen Erlebnisse ohne logische Gliederung sich folgen.

Zunächst spricht sich dies darin aus, dass der Alkoholhallucinant in der Angst ausgesprochenen Beziehungswahn zeigt, die Vorgänge um ihn ängstlich beachtet und missdeutet.

Es besteht ausserdem die Neigung, die krankhaften Erlebnisse in systematischen Zusammenhang zu bringen. Der Erklärungswahn bemächtigt sich der Stimmen. Es sind bekannte Personen, deren Stimmen durch die

Thür, durchs Telephon gehört werden. Die Wände sind hohl. Es sind Verfolgungen von Arbeitsgenossen, die ihn umbringen wollen, weil er dem Arbeiterverein nicht beigetreten ist, weil er Socialdemokrat ist, oder andersartige, seinem sonstigen Gedankenkreis entnommene Beeinträchtigungsideen treten auf. Insbesondere finden wir auch die dem Alkoholisten besonders geläufige Eifersuchtsidee zur Erklärung herbeigezogen. Er hört aus den Stimmen Liebhaber, die von der Ehefrau angestiftet sind, ihn beseitigen, verrückt machen oder zum Selbstmord treiben wollen.

Erklärungswahn fehlt nur in seltenen Fällen. Meist entwickelt er sich sehr schnell. Er kann während der Erkrankung wechseln und auch einen phantastischen Inhalt annehmen. Nicht selten kommt es zu Grössenideen, die hinsichtlich der Kritiklosigkeit den paralytischen Grössenideen nichts nachgeben.

In körperlicher Beziehung sind die alkoholistischen Symptome, Tremor, Schweiss, Druckempfindlichkeit der Muskulatur, mehr oder weniger stark ausgesprochen.

Im Verlaufe der Hallucinose treten namentlich in der ersten Zeit mitunter leicht delirante Erscheinungen auf. Die Entwicklung und Rückbildung der Gehörstäuschungen weist auf eine zu- und abnehmende Uebererregbarkeit der centralen Hörsphäre hin. In vielen Fällen ist das stufenweise Fortschreiten und entsprechende Zurückgehen: erst elementare Akoasmen, dann Phoneme, dann Undeutlicherwerden der Phoneme, schliesslich wieder reine Akoasmen, sehr deutlich.

Die Dauer der Erkrankung schwankt zwischen wenigen Tagen und mehreren Monaten.

Die Prognose ist vor Allem durch die ausserordentlich grosse Suicidiumsgefahr getrübt. Innerhalb der Anstalt kann bei sorgfältiger Beaufsichtigung der Patienten die Prognose gut gestellt werden. Doch muss die Differentialdiagnose hier sorgfältig erwogen werden, weil häufig Verwechslungen mit schwereren Krankheiten geschehen.

Differentielldiagnostisch kommt in vielen Fällen das Delirium tremens in Frage, weniger für die ganz typischen Formen, in denen das Ueberwiegen der Gehörstäuschungen, die erhaltene Orientirung, die Neigung zur systematisirenden Wahnbildung, die gut erhaltene Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit kaum Schwierigkeiten bereiten können. Aber es gibt Zwischenformen. Man trifft, wie schon bei der Besprechung des Delirium gesagt worden ist, Delirien, bei welchen zu Anfang die Orientirung erhalten ist, Ansätze zur Systematisirung und auch zahlreichere Gehörshallucinationen bestehen. Andererseits sind namentlich zu Beginn der acuten Hallucinose oft delirante Beimischungen und eine gewisse Labilität der Orientirung festzustellen. Auf diese „systematisirenden Formen" des Delirium tremens hat besonders *Jolly* hingewiesen. Bei diesen Fällen kann es thatsächlich in den ersten Tagen unmöglich sein, die Differentialdiagnose zu stellen. Im ganzen ist die Wahrscheinlichkeit eines raschen Verlaufes in den mit deliranten Symptomen vermengten Hallucinosefällen grösser.

Wichtiger ist die Differentialdiagnose gegenüber progressiven, paranoiden Psychosen. Hier ist vor allem die Entwicklung zu beachten. Der plötzliche Ausbruch auf dem Boden von Alkoholexcessen ohne Vorstadium von Hypochondrie und Eigenbeziehung, die alkoholistischen Begleitsym-

ptome sind von Wichtigkeit. Doch sind die letzeren keineswegs ausschlaggebend, da bekannt ist, dass Kranke gerade im ersten Stadium progressiver Psychosen dem Alkoholismus verfallen und dann natürlich auch alkoholistische Symptome zeigen. Im Zustandsbild selbst ist der Angstaffect in Verbindung mit einer leichten Benommenheit ziemlich charakteristisch, ebenso die Neigung zu rhythmischen und dialogartigen Phonemen. Das für die bisher genannten alkoholistischen Psychosen bemerkenswerthe Beschränktbleiben der Hallucinationen auf die höheren Sinne ist differentialdiagnostisch besonders wichtig und es kann daran festgehalten werden, dass eine stärkere Betheiligung von hypochondrischen Sensationen, von Geschmacks- und Geruchssensationen mit dem Gefolge von Vergiftungsideen und Nahrungsverweigerung gegen den rein alkoholistischen Charakter der Psychose spricht oder zum mindesten auf eine lange Dauer der Psychose hinweist. Psychomotorische Symptome sind der Hallucinose im Allgemeinen fremd, doch habe ich einmal bei einem zweifellosen Hallucinanten imperative Hallucinationen und ihnen entsprechende motorische Aeusserungen von stereotypem Charakter gesehen. Auch eine Art ängstlichen Widerstrebens, das für Negativismus gehalten werden kann, kommt vor. Die Differentialdiagnose paranoiden und katatonischen Processen gegenüber lässt sich meist durchführen.

Es werden nun aber gelegentlich auch mit der acuten Hallucinose fast identische Bilder auf nicht alkoholischer Basis beobachtet, die sich nach dem rein psychischen Zustandsbilde nicht oder jedenfalls nicht sicher differenziren lassen.

Man ist hier also unter Umständen ebenso wie beim amnestischen Zustandsbilde genötigt, die Kenntnis der Krankheitsentwicklung zu Hilfe zu nehmen, wenn man die Hallucinose als alkoholische identificiren will. Man kann hinsichtlich des Zusammenhanges von Hallucinose und Alkoholismus wohl nicht weiter gehen, als zu sagen, die Hallucinose ist eine Erkrankungsform, die wir zwar nicht aus jedem momentanen Zustandsbild heraus als pathognomonisch für den Alkoholismus bezeichnen können, der wir aber wegen der besonderen Häufigkeit ihres Erwachsens auf dem Boden des Alkoholismus und wegen der besonderen Züge, die sie bei Berücksichtigung aller Symptome und der Symptomfolge meist zeigt, die Stellung einer typisch alkoholischen Psychose einräumen müssen.

Die Frage nach der Pathogenese und speciellen Aetiologie der Hallucinose berührt sich eng mit der anderen, warum der eine Alkoholist ein Delir, der andere eine Hallucinose bekommt. Es sind darüber bis jetzt nur ganz vorläufige Hypothesen möglich.

Während wir beim Delirium tremens mit so viel Sicherheit, als der mangelnde directe Nachweis des Giftstoffs selbst erlaubt, sagen können, dass wir es mit einer Autointoxication zu thun haben, sind wir bei der Hallucinose nicht so weit. Die Frage, inwieweit auch beim Ausbruch der Hallucinose vorangehende andersartige, acute Erkrankungen eine auslösende Bedeutung haben, ist noch nicht hinreichend geklärt. In vielen Fällen liegen solche sicherlich vor. Ich habe an anderer Stelle die Vermuthung ausgesprochen, dass auch der Hallucinose dieselbe Intoxication zu Grunde liegen möge, wie dem Delir, und dass der Unterschied vielleicht in einer besonderen Disposition der Hörsphäre beruhe. Eine solche

Disposition im Sinne einer besonders leichten Erregbarkeit der akustischen und überhaupt der sprachlichen Sphäre anzunehmen, legte mir die Beobachtung nahe, dass sich unter den Alkoholhallucinanten, die ich mir vergegenwärtige, eine auffallend grosse Zahl sprachlich und formal stilistisch besonders gut veranlagter Individuen befand. Es zeigte sich das vor Allem in der Art, wie die Kranken die hallucinatorischen Erlebnisse nachträglich wiedergeben und niederschreiben. Bestärkt wurde ich darin dadurch, dass *v. Speyr* dieselbe Beobachtung schon früher gemacht hatte. Es ist aber zuzugeben, dass selbst mit der Annahme einer solchen Disposition, die noch genauer festgestellt werden müsste, wesentliche Differenzpunkte bestehen bleiben, die sich mit der Annahme derselben Noxe nicht ganz leicht vereinigen lassen. Hierher gehören die im klinischen Bilde des Delirs vorhandenen Störungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit und Combinationsfähigkeit, die eine diffusere Schädigung bedeuten und die der Hallucinose wenigstens in den typischen Fällen fremd sind, und vor Allem der Verlaufsunterschied der beiden Erkrankungen. Wenn sich, was unbestreitbar ist, gelegentlich Mischformen von Delir und Hallucinose und auch von Korsakow und Hallucinose finden, so weist dies nicht nothwendig auf eine Identität der Noxe hin, sondern es kann natürlich auch darin den Grund haben, dass die Autointoxication des Delirs sich zu dem anderen Process hinzugesellt. Jedenfalls ist das Problem noch nicht gelöst, und es wird vor Allem auch darauf ankommen, den pathogenetischen Momenten der Hallucinose noch besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Dass ein in der Gehirnconstitution liegender individueller Factor, der eine besondere Localisation bedingt, hier im Spiel ist, ist äusserst wahrscheinlich.

Die acute Hallucinose ist, wie ich schon bemerkte, im Allgemeinen eine meist in wenigen Wochen oder Monaten zur Abheilung kommende Erkrankung.

Nun gibt es aber auch Fälle, in denen dieser günstige Ausgang sich nicht einstellt, sondern die Erkrankung einen chronischen Verlauf nimmt. Es scheinen dabei vor Allem zwei Verlaufsformen vorzukommen. Die eine ist die, dass die Hallucinationen mit der Zeit doch abklingen, aber eine Correctur der Wahnvorstellungen nicht mehr eintritt. Dabei kann der Patient social wieder vollständig leistungsfähig werden.

In anderen Fällen bleibt die Hallucinose dauernd bestehen. Solche Fälle hat *Wernicke* gesehen. Diese Verlaufsformen sind offenbar selten und sie werden um so seltener gefunden, je mehr die Erkrankung dem typischen Bilde der Hallucinose entsprochen hat.

Wir gelangen damit zu dem Capitel der chronischen Alkoholpsychosen von paranoischem Charakter, das in neuerer Zeit mehrfache Bearbeitungen gefunden hat *(Luther, Meyer, Raecke, Schröder)*. Wir sind hier nicht in der Lage, so sicher umschriebene Typen schildern zu können, wie bei den acuten Formen. Es liegt dies daran, dass der chronische Alkoholismus im Allgemeinen und vor Allem zu transitorischen und an sich heilbaren Psychosen zu führen geeignet ist. Aber wie wir auch sonst in der Pathologie die Erfahrung machen, dass gelegentlich acute und an sich heilbare Erkrankungen unter irgend welchen besonderen Verhältnissen chronisch werden, so liegt es auch beim

Alkoholismus. Worin die besonderen Verhältnisse bestehen, die diesen Einfluss auf den Verlauf haben, ist schwer und oft gar nicht zu sagen. Mit der Annahme einer Summation von psychopathischer Anlage und chronischem Alkoholismus sind die Verhältnisse nicht ausreichend geklärt, wir wissen ja, dass diese Anlage auch beim einfachen chronischen Alkoholismus in der Mehrzahl der Fälle besteht. Aber vielleicht liegt es so, dass eine besondere Gattung von Degenerirten durch den chronischen Alkoholismus in der besonderen Art geschädigt wird, dass sich chronische Psychosen entwickeln. Für das Vorliegen eines besonderen endogenen Momentes spricht, dass sich in den als chronische Alkoholpsychosen geschilderten Krankheitsfällen öfters eine eigenartige Periodicität in der Intensität der Hallucinationen und eigenthümliche periodische Schwankungen in der Affectlage geltend machen.

Die chronischen Alkoholpsychosen sind unzweifelhaft selten, wenn man die zu Beginn unserer Besprechung betonten Punkte berücksichtigt und den gewöhnlichen alkoholistischen Eifersuchtswahn des chronischen Alkoholismus nicht mit einbegreift. Diesen nicht ohne Weiteres mit unter den chronischen paranoiden Psychosen einzubegreifen, ist deshalb berechtigt, weil er meist zum Abklingen kommt, wenn Abstinenz für längere Zeit erzwungen wird, ohne dass freilich immer eine volle Krankheitseinsicht eintritt. Eine eigentliche echt paranoische Weiterentwicklung wird selten beobachtet. Ich habe sie in einem Falle bei einem schweren Säufer gesehen, der aber immer schon ein rechthaberischer, eigensinniger und händelsüchtiger Mensch gewesen war. Bei ihm nahm der Eifersuchtswahn im Anschluss an seine Verurtheilung, nachdem er im pathologischen Rausche seine Frau, gegen die er schon lange wahnhafte Eifersuchtsideen gehegt hatte, erschlagen hatte, den Charakter einer überwerthigen Idee an und führte zu einer echt paranoischen Entwicklung mit fortschreitender Systematisirung bei gut erhaltener Besonnenheit und Intelligenz und grosser Energie in der Vertretung seiner Sache. Ich zweifle nicht, dass bei dieser Entwicklung das abnorme Temperament dem alkoholischen Eifersuchtswahn erst die fortwirkende Kraft einer echt paranoischen Wahnidee verliehen hat.

Die chronischen Psychosen, die man mit einigem Recht vielleicht als alkoholistische bezeichnen darf, sind anderer Art. Wenn man versuchen wollte, sich aus dem, was man symptomatologisch über die acuten alkoholistischen Geistesstörungen weiss, gewissermaassen das Bild der chronischen zu abstrahiren, so würde man wohl zu erwarten haben, dass Sinnestäuschungen, vor Allem die der höheren Sinne, ein wesentliches Element bilden würden, dass Erklärungswahnvorstellungen und Eifersuchtsideen bestehen, das katatone Züge vom Charakter des Negativismus fehlen. Hinsichtlich des Affectes würde man Reizbarkeit mit Neigung zu Brutalität, ängstliche Erregung vermischt mit stumpfer Euphorie zu erwarten haben. *Kraepelin* hat unter dem Namen hallucinatorischer Schwachsinn der Trinker Fälle, die in manchen Punkten diesem abstrahirten Bilde entsprechen, geschildert. Er meint, dass dieser hallucinatorische Schwachsinn öfters den Ausgang einer Trinkerhallucinose und mindestens ebenso oft den eines Delirium tremens bilde. Im letzteren Falle sah er nach Abschluss des eigentlichen Delirs die deliranten Sinnestäuschungen zurücktreten, während akustische Hallucinationen, Stimmen die inhaltlich der acuten

Hallucinose entsprechen, Gedankenlautwerden, Hautparästhesien, Geruchs-, Geschmacks-, sexuelle Sensationen, Beeinträchtigungsideen im Sinne des physikalischen Verfolgungswahnes, auch phantastische Grössenideen sich einstellten und Jahre lang bestehen blieben. Die Stimmung soll zunächst ängstlich oder gereizt, später gemüthlich, humoristisch sein. Ursprünglich misstrauisch, werden sie später lenksam. Es bestehen eigenthümliche Schwankungen in der Intensität der Erscheinungen, zeitweise seien die Kranken sogar leidlich einsichtig. *Kraepelin* betont die Aehnlichkeit mit gewissen Endzuständen seiner Dementia praecox, doch unterscheide sich der alkoholische hallucinatorische Schwachsinn durch eine grössere geistige Regsamkeit, durch die eigenthümliche alkoholische Stimmung und das Fehlen der katatonischen Willensstörungen.

Es ist bemerkenswerth, dass aus der ausführlichen Mittheilung dreier solcher Fälle, die *Schröder* aus dem Heidelberger Material gibt, hervorgeht, dass es sich neben anderen Besonderheiten um alte Landstreicher handelt, die verhältnismässig frühzeitig der Vagabondage verfallen sind. Man wird darin ebenso, wie in dem eigenartigen periodischen Wechsel der Erscheinungen die Mitwirkung eines besonderen endogenen Factors erblicken dürfen. Ich glaube dies um so mehr, als ich ganz ähnliche Bilder auch mit eigenartigen periodischen Schwankungen bei paranoiden Erkrankungen Degenerirter, die aus dem Strafvollzug kamen, beobachtet habe, wo man nur gezwungen eine Dementia praecox diagnosticiren könnte und wo Alkoholismus und insbesondere die Herausentwicklung aus einem Delir oder einer acuten Hallucinose nicht vorgelegen hat. Nach meiner Erfahrung muss es ein ausserordentlich seltenes Vorkommnis sein, dass ein Alkoholdelirium, ohne dass vorher schon andersartige psychotische Symptome vorgelegen haben, direct eine solche Entwicklung nimmt. Ich habe es bis jetzt jedenfalls nie beobachtet können. Häufiger scheint es dagegen, dass eine acute Hallucinose sich in solcher Weise weiter bildet, und das ist nach unserer jetzigen Kenntnis auch wahrscheinlicher, weil wir bei den Alkoholisten, die an ihr erkranken, ohnedies schon eine besondere Disposition annehmen müssen.

Für den hallucinatorischen Schwachsinn *Kraepelin's* wird als charakteristisch angesehen, dass die Wahnbildung ungeordnet ist und jedenfalls nur eine oberflächliche Systematisirung zeigt.

Räcke ist neuerdings dafür eingetreten, dass auch eine echte Paranoia, d. h. eine fortschreitende Wahnbildung bei erhaltener Intelligenz und geistiger Regsamkeit ohne Entwicklung eines Schwächezustandes sich im Anschluss an Delirien und acuten Hallucinosen entwickeln kann.

Meine Herren! Es würde zu weit führen, noch weiter im Einzelnen darauf einzugehen, was gelegentlich von den Autoren als alkoholistische Psychose beschrieben worden ist. Schon mit dem, was über die chronischen paranoiden Psychosen gesagt worden ist, sind wir an der Grenze angelangt, wo es schwer, oft unmöglich ist, die ätiologische Bedeutung des Alkohols gegenüber andersartigen, insbesondere endogenen Factoren richtig einzuschätzen. Wir bedürfen erst noch weiterer klinischer Forschung, um klar zu sehen.

Ueberblicken wir noch einmal die alkoholistischen Erkrankungen vom Gesichtspunkte der Aetiologie aus, so haben wir eine bemerkens-

werthe Mannigfaltigkeit der klinischen Bilder. Wir sehen aber auch, dass wir es keineswegs mit einer ganz einheitlichen und klar zu übersehenden Aetiologie zu thun haben.

Der einfach toxischen Alkoholwirkung des Rausches steht im pathologischen Rausche die symptomatologisch nach individuellen Eigenheiten schwankende Reactionsform des psychopathischen Individuums gegenüber. Auch bei der Entwicklung des chronischen Alkoholismus ist das Moment der pathologischen Disposition zu beachten. Eine besondere ätiologische Stelle nehmen die auf dem Boden des chronischen Alkoholismus erwachsenden Autointoxicationspsychosen, das Delirium tremens und die *Korsakow*'sche Psychose, ein. Ob wir berechtigt sind, die acute Hallucinose ätiologisch an diese Gruppe anzugliedern, muss, wie wir gesehen, vorläufig dahingestellt bleiben. Bei den chronischen Alkoholpsychosen sind wir über die besonderen Ursachen der Chronicität noch so gut wie ganz im Unklaren.

18. VORLESUNG.

Epileptische Geistesstörungen.

Von

H. Liepmann,

Berlin.

Meine Herren! Streng genommen, ist fast jeder Krampfanfall eines Epileptikers eine, wenn auch kurzdauernde „Geistesstörung". Denn nur in den seltensten Fällen fehlt jede Bewusstseinstrübung, meist besteht während der Krämpfe vollkommene Bewusstlosigkeit, oft gehen den Krämpfen in der „Aura" psychische Vorboten voraus: Gesichts- oder Gehörstäuschungen, Stimmungsänderungen und Aehnliches und selten kehrt nach Aufhören der Krämpfe sofort ein normaler Schlaf oder der psychische Normalzustand wieder.

Indessen treten diese prä-, post- und interparoxysmellen geistigen Störungen ihrer Zeitdauer und Bedeutung nach derart hinter den Convulsionen zurück, dass sie allgemein nur als Begleiterscheinungen dieser in Betracht gezogen werden.

Erst wenn die zeitliche Dauer der betreffenden, den Krämpfen vorausgehenden oder ihnen folgenden geistigen Veränderungen eine grössere wird, oder wenn die Krampferscheinungen wenig entwickelt (abortiv) oder gar ganz fehlend sind, wenn an ihrer Stelle seelische Störungen auftreten, spricht man herkömmlicher Weise von einer epileptischen Geistesstörung.

Man unterscheidet danach:

1. Präepileptische oder besser präparoxysmelle Geistesstörungen, solche, welche dem Krampfanfall vorausgehen;
2. postparoxysmelle, welche ihm folgen.
3. Aequivalente.

Es ist nämlich schon vor längerer Zeit aufgefallen, dass bei Epileptikern, welche in gewissen Zeitabständen ihre Krampfanfälle erlitten, sich an Stelle des Krampfanfalles psychische Veränderungen von kürzerer oder längerer Dauer einstellen können, die gewissermaassen als Ersatz, als Aequivalent der Convulsionen betrachtet werden. Es ist das nicht so aufzufassen, dass ein Kranker, der an solchen Aequivalenten leidet, nun ein-

für allemal seine Krämpfe verloren hat, sondern später oder früher können diese wieder auftreten. Zwischen den classischen Krampfanfällen und den rein psychischen Aequivalenten gibt es alle möglichen Uebergänge von Anfällen, in denen das convulsivische Element nicht ganz fehlt, sondern nur unentwickelt (abortiv) ausgeprägt ist. Es fehlt etwa die tonische oder die klonische Phase des ausgebildeten Anfalles, es treten nur schnell vorübergehende Starre, einzelne Zuckungen auf u. s. w.

Die beiden Hauptcomponenten des classischen epileptischen Anfalles, die motorischen Reizerscheinungen und die Bewusstseinsstörungen, können also in sehr verschiedenen, gar nicht erschöpfend aufzuzählenden Mischungen auftreten. Von — allerdings seltenen — fast rein auf motorische Reizerscheinungen bei ungetrübtem Bewusstsein beschränkten Anfällen bis zu blos psychischen Störungen ohne jede convulsivische Beimischung führt eine stetige Reihe.

Da diese Aequivalente nicht selten eine lange Zeitdauer haben, sind sie es, die vor Allem in den Irrenanstalten zur Beobachtung kommen und als die epileptischen Geistesstörungen par excellence gelten.

Neben diesen vorübergehenden geistigen Erkrankungen kommt nun die für die psychiatrische wie forensische Betrachtung gleich wichtige dauernde Abnormität der geistigen Beschaffenheit der Mehrzahl der Epileptiker in Betracht, welche sich auch in den anfallsfreien Zeiten bekundet.

Es stehen also den transitorischen, acuten, anfallsweisen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker gegenüber die dauernden Abweichungen, welche ihr Charakter und ihre Intelligenz darbieten.

Ich will die Darstellung mit den letzteren beginnen.

A. Der chronische Geisteszustand der Epileptiker.

Nicht jeder Epileptiker zeigt die geistigen Kennzeichen, namentlich die Schäden der Intelligenz, welche in Folgendem zur Sprache kommen. Dass geringere Grade von Epilepsie, wenn selten Anfälle auftreten, sogar mit genialen geistigen Leistungen vereinbar sind, beweisen Männer wie Cäsar und Napoleon, welche an epileptischen Anfällen litten. In Talleyrand's Memoiren findet man die Beschreibung eines epileptischen Anfalles, den Napoleon in Gegenwart Talleyrand's gehabt hat.* Auch von unserem grossen *Helmholtz* wurde es nach seinem Tode bekannt, dass er zeitweilig an sogenannten „kleinen" Anfällen (petit mal) gelitten hat. Mohammed litt an Krampfanfällen mit nachfolgenden Visionen, deren epileptische Natur immer als feststehend galt, allerdings neuerdings von einem mohammedanischen Arzt bestritten wird. In einem gewissen Procentsatz der Fälle bleibt jedenfalls die geistige Leistungsfähigkeit intact. Wie gross dieser Procentsatz ist, darüber weichen aus naheliegenden Gründen die Schätzungen verschiedener Autoren ab, der eine will nur 10% der Epileptiker für psychisch intact ansehen, andere geben höhere Zahlen. Höchstwahrscheinlich ist jedenfalls weniger als ein Viertel der Epileptiker psychisch normal.

* Nach *Binswanger* citirt. Von anderer Seite wird die Epilepsie Napoleons bezweifelt.

Bezüglich des zeitlichen Verhältnisses der psychischen Abnormität zu der eigentlichen „Krampfkrankheit" ist ein wichtiger Unterschied zu machen. Sehen wir von den psychisch normalen Epileptikern ab, so zerfallen die übrigen in zwei Kategorien:

Bei den einen ist gleichzeitig mit in frühester oder früher Kindheit sich einfindenden Krämpfen die geistige Entwicklung zurückgeblieben: wir haben von vorneherein eine Verschwisterung von Epilepsie mit Idiotie oder wenigstens Imbecillität. Unter den Zöglingen der Idiotenanstalten leiden etwa 20%, nach *Wildenmuth* sogar 30% an Epilepsie. Die Angehörigen geben gewöhnlich an, das Kind sei „durch die Krämpfe" in der geistigen Entwicklung zurückgeblieben. Aeusserst bestechend spricht ja auch häufig der Anschein hierfür. Wenn, wie ich es jüngst sah, ein vierjähriger, völlig normaler Knabe durch eine den Eltern wesentlich durch gehäufte Krampfanfälle sich bekundende Encephalitis in wenigen Tagen in einen sprach- und verständnislosen Idioten mit jetzt zeitweise auftretenden Krämpfen verwandelt wurde, wer wollte sich wundern, dass sie in den Krämpfen die Ursache, in der Idiotie die Folge sehen? In Wirklichkeit sind Krämpfe und Schwachsinn natürlich die coordinirten Folgen der Hirnschädigung, welche die normale Entwicklung des Gehirns aufhält oder ein schon bis zu einer gewissen Stufe gediehenes Gehirn zurückwirft. Oft ist die gemeinsame Ursache von beiden, der intellektuellen Störung und der Krämpfe greifbar, in einer Missbildung, Kinderlähmung, Wasserkopf, Hirnhautentzündung u.s.w. gegeben. Diese Fälle, in denen die Krämpfe Folge einer schweren organischen Hirnkrankheit sind, werden allerdings als symptomatische Epilepsie von der eigentlichen „genuinen" oder „idiopathischen" Epilepsie abgetrennt.

Bei der zweiten Kategorie handelt es sich um Individuen, bei denen die Krämpfe, ob sie nun schon in der Kindheit, in der Pubertät oder später einsetzen, ein zunächst psychisch normales Individuum betreffen, welches erst nach jahrelangem Bestehen der Krankheit einem bald langsamer, bald schneller zunehmenden Schwachsinn verfällt. Es sind das die Fälle, in denen man von einer epileptischen Degeneration spricht.

Man versteht darunter den zunehmenden geistigen Verfall, welcher sich bei lange bestehender Epilepsie gewöhnlich einfindet.

Trotzdem hier die geistige Veränderung sich erst erheblich später als die ersten Krampfanfälle zeigt, kann auch hier kaum ernsthaft davon die Rede sein, dass die Krämpfe — selbst ein Symptom bestehender Hirnkrankheit — Ursache eines anderen Symptoms, des Schwachsinns, seien. Je früher die Krämpfe aufgetreten sind, je häufiger die Anfälle sind, desto stärker pflegt im Grossen und Ganzen die psychische Veränderung zu sein. Aber auch bei spät eintretender Epilepsie (Epilepsia tarda) auf dem Boden der Arteriosklerose, in den Rückbildungsjahren, pflegt die Intelligenz und Gemüthsart schwer zu leiden.

Betrachten wir die typischen Züge, welche dem Dauerzustand sowohl der früh aufgetretenen epileptischen Idiotie, resp. Imbecillität, wie der im vorgeschrittenen Stadium aufgetretenen epileptischen Degeneration gemeinsam sind.

Ueber die schwere Idiotie ist wohl hier kein Wort zu verlieren.

Der Intelligenzdefect zeigt sich oft nur in einer für den Epileptiker charakteristischen geistigen Schwerfälligkeit. Er fasst Fragen und Situation

langsam auf, antwortet mit grosser Umständlichkeit; es ist schwer, ihn von Nebensächlichkeiten und Nichtigkeiten auf den Kern der Sache zu bringen. Die Umständlichkeit tritt auch motorisch oft schon in allerlei seine Reden begleitenden Mitbewegungen der Gesichts- und Extremitätsmuskulatur auf. Der Umfang seiner Begriffe und Interessen ist sehr eingeengt. Es kehren daher dieselben Gedanken und Wendungen oft mit ungeheurer Einförmigkeit wieder, eine Eigenthümlichkeit, die sich, wie wir sehen werden, in den transitorischen Geistesstörungen durch das Haftenbleiben bis zu den höchsten Graden steigern kann.

Mehrere Autoren haben in Associationsversuchen die grosse Gedankenarmuth, Einförmigkeit — auch im sprachlichen Ausdruck — und die geringe associative Beweglichkeit experimentell erweisen können. Will sich ein solcher Epileptiker aussprechen, so raubt er dem Arzt das Dreifache der nöthigen Zeit.

Social und forensisch wichtig sind die Veränderungen, welche der Charakter des Epileptikers zeigt. Nur zu bekannt ist seine Empfindlichkeit und Reizbarkeit, welche sich zu Zeiten in schweren Zornausbrüchen kundgibt. Die sinnlosen oder in gar keinem Verhältnis zum Anlass stehenden und weit über die Abstellung desselben hinausschiessenden Wuthanfälle werden wir unten als eine Form des eigentlichen Anfalles kennen lernen. Aber auch in den Intervallen ist der Epileptiker ein Mensch, mit dem nicht gut anbinden ist. Er ist gewaltthätig, seine Affecte finden sofort motorische Entladung; vielen steht die Brutalität schon in dem Gesicht geschrieben. Wo viele Epileptiker sind, sieht man Wunden, Narben und Verbände nicht nur an ihnen selbst, herrührend von Selbstverletzungen im Anfalle, sondern an andern, die des Epileptikers Erregbarkeit büssen mussten. Die Epileptiker stellen ein grosses Contingent zu den Roheitsverbrechern und Messerhelden allerorten.

Die nächsten Angehörigen sind vor ihren Gewaltthaten nicht sicher, auch ausser dem Anfalle. Kaum eine andere Geisteskrankheit ist für die Umgebung so gefährlich wie die Epilepsie, gerade weil der Epileptiker aus leidlich geordnetem Verhalten heraus unvermittelt zu schwerstem Angriff geneigt ist.

Diesen heftigen Affectäusserungen und den Krämpfen selbst liegt wohl eine und dieselbe Ursache, die motorische Uebererregbarkeit des epileptischen Nervensystems zu Grunde. Zwischen Reiz und Bewegung schiebt sich bei ihnen nicht in demselben Maasse wie beim Gesunden hemmende und mässigende Ueberlegung.

Eine zweite Eigenthümlichkeit des epileptischen Charakters ist der ungeheuere Eigensinn. Unbeugsam, durch keine Gründe beeinflussbar, halten sie an ihren Ideen und Vorsätzen fest. Daher auch die Suicidabsichten dieser Kranken, im Unterschied von denen Hysterischer, immer ernst zu nehmen sind. Die kleinste wirkliche oder vermeintliche Beleidigung oder Zurücksetzung lässt sie ihren Dienst aufgeben, mögen sie davon noch so schweren Nachtheil haben. Beim Militär und in Gefängnissen zeigen sie trotz voller Einsicht in die fürchterlichen Folgen eine nicht zu besiegende Insubordination. Bei dieser Summirung von Empfindlichkeit und Eigensinn begreift es sich, dass sie nirgends lange aushalten und damit zu den in den Krampfanfällen selbst gelegenen Gründen einen weiteren hinzufügen für die Untauglichkeit zu steter Thätigkeit in einem

Berufe. Man findet die in der Freiheit lebenden daher vielfach unter den Landstreichern, sie kommen in Arbeitshäuser und Gefängnisse. In dem Breslauer Gefängnis waren im Jahre 1900 12% der Insassen epileptisch. Zu den bisher genannten Quellen des Verbrechens beim Epileptiker kommen noch die unten zu besprechende Intoleranz gegen Alkohol und die eigentliche Seelenstörung als weitere hinzu.

Bei vielen Epileptikern halten sich die geschilderten Charakter- und Intelligenzeigenthümlichkeiten in Grenzen, die ihre Existenz draussen erlauben. Andere müssen, auch wenn die Häufigkeit der Krämpfe oder geistige Störungen sie nicht dahin führen, wegen ihrer socialen Hilflosigkeit oder Gefährlichkeit den Irren- und Epileptikeranstalten zugeführt werden.

Einer eigenthümlichen Sinnesrichtung der Epileptiker gedenken alle Autoren: ihrer übermässigen Beschäftigung mit religiösen Dingen, wie denn auch religiöse Wahnvorstellungen, die Idee göttlicher Mission und Aehnliches — eine grosse Rolle in ihren Delirien und Dämmerzuständen spielen.

Die höchsten Grade der epileptischen Degeneration stellen eine totale Verblödung dar, mit Verlust der einfachsten Begriffe, ja der Sprache und des Sprachverständnisses.

B. Die transitorischen Geistesstörungen.

In diese chronischen Processe schieben sich nun die anfallsweise auftretenden transitorischen Störungen ein, von denen uns hier nur die psychischen beschäftigen. Die einfachste psychische Attaque ist eigentlich schon das petit mal, der kleine Anfall, der sich in kurzem Schwindel, Verdunkelung des Gesichtsfeldes oder in Gestalt der Absence, einer einfachen Bewusstseinslücke zeigt. Der Kranke, der bei irgend einer Beschäftigung ist, verdreht einen Augenblick die Augen, macht etwa Schmeck- oder Lippenbewegungen, unterbricht die Beschäftigung und setzt sie im nächsten Augenblick, ohne eine Ahnung zu haben, was passirt ist, fort.

Eine grössere psychiatrische Bedeutung haben die dem Krampfanfall vorausgehenden psychischen Störungen (die präparoxysmellen), welche man als verlängerte Aura auffassen kann.

Es ist von *Jolly* bemerkt worden, dass gewisse Züge, die man dem Charakter des Epileptikers zurechnet, auf Rechnung dieser Anfallsvorboten zu schreiben sein dürften. Ihre Dauer beträgt gewöhnlich einige Stunden, manchmal mehrere Tage. Ganz überwiegend handelt es sich um depressive Verstimmungen. Der Kranke wird einsilbig, verdriesslich, finster, noch explosiver als sonst, klagt über allerlei Beschwerden, wie Schwindel, Kopfdruck, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen u. s. w. Manche Kranke sehen wie geladen aus. Das kann sich nach zwei Richtungen steigern: zu melancholischen Zuständen mit Unwürdigkeitsgefühl und Selbstmordneigung oder zu hypochondrischen Ideen wahnhafter Natur. Selbst tagelanges Bestehen paranoider Ideen ist beobachtet worden.

In beiden Fällen kann eine Trübung des Bewusstseins, Erschwerung der Auffassung und des Gedankenablaufes nebenher gehen.

Nicht selten zeigen sich Hallucinationen der verschiedensten Sinne. *Raecke* stellte solche bei 16 von 150 Patienten fest.

Seltener tragen die präparoxysmellen Störungen einen manieähnlichen Charakter: heitere, resp. zornige Erregung mit motorischer Unruhe und Neigung zu Gewaltthätigkeiten.

Nicht sehr verschieden von den präparoxysmellen Erscheinungen sind die fast durchschnittlich länger dauernden post-paroxysmellen, welche sich als verlängertes und modificirtes Erschöpfungsstadium des typischen Krampfanfalles auffassen lassen. Besonders an serienweise auftretende Anfälle schliessen sich schwerere psychische Störungen an. Die Formen der Störung sind mannigfaltig. Alle die Formen, welche wir bei Aequivalenten näher kennen lernen werden, können hier vorkommen. Am gewöhnlichsten ist ein stuporöser Zustand, der sich manchmal über eine Woche erstrecken kann: die Kranken stehen oder sitzen starr da, blicken stier vor sich hin, sprechen nicht oder äusserst langsam und mühselig. Die Auffassung ist auf das Aeusserste beschränkt. Die absolute Stummheit gelangt manchmal durch eine Phase von Echolalie hindurch zur Lösung.

Depressionen mit Lebensüberdruss gleichen denen vor den Anfällen. Andere laufen in traumhaft benommenem Bewusstseinszustande umher, begehen triebartige Handlungen, schlagen jemand nieder, exhibitioniren, laufen plan- und ziellos davon. Dem liegen zuweilen schwere Angstzustände oder bedrohliche Hallucinationen zu Grunde.

Da wir alle Elemente der Aequivalente in den prä- und postparoxysmellen Zuständen finden, so begnügen wir uns mit dieser summarischen Schilderung. Eine postparoxysmelle Geistesstörung unterscheidet sich in nichts von den jetzt zu besprechenden Aequivalenten, welche ohne vorausgegangenen oder folgenden Krampfanfall als Ersatz desselben auftreten und als psychische oder larvirte Epilepsie bezeichnet werden. Verschieden wird von den Autoren der Ausdruck „epileptische Dämmerzustände“ gebraucht. Die einen nennen alle transitorischen psychischen Störungen der Epileptiker mit Bewusstseinstrübung und nachfolgender Erinnerungslosigkeit so, andere beschränken den Ausdruck auf diejenigen Anfälle, in denen Bewusstseinstrübung isolirt ist, also nicht in erheblichem Grade mit anderen Symptomen: Sinnestäuschungen, schweren, gemüthlichen Erregungen, Wahnideen complicirt ist.

Die transitorischen Geistesstörungen der Epileptiker zeigen mannigfache Ausprägung. Es wäre vergebliche Mühe, eine erschöpfende Eintheilung der Formen aufzustellen; zwar kehren gewisse Bilder mit Vorliebe wieder, aber Mischzustände zwischen ihnen finden sich häufig, ja in einer und derselben Attaque kann derselbe Epileptiker aus einem Zustandsbilde in das andere verfallen. Nur um die gewöhnlichsten Formen zu fixiren und im Sinne einer Kennzeichnung a potiori kann man daher eine Eintheilung der Zustandsbilder vornehmen. Das Gemeinsame dieser Störungen ist das ziemlich jähe Hereinbrechen, das verhältnismässig schnelle Aufhören, die kurze Dauer von Stunden, Tagen, seltener schon Wochen, die nachfolgende Amnesie (ganz oder partiell s. u.), die Zugehörigkeit zu dem durch die folgenden Zustandsbilder gebildeten Formenkreis und gewisse, besondere, unten näher zu besprechende Kennzeichen.

Häufig ist das Bild des epileptischen Stupors, von dem man spricht, wenn eine starke Herabsetzung der Beweglichkeit, der Sprachthätigkeit und eine Denkhemmung vorliegt. Bei den höchsten Graden kommt es wirklich zur Erstarrung, der Blick ist starr, das Gesicht ausdruckslos, Initiativbewegungen fehlen ganz, die Kranken suchen nicht einmal den Abort auf, sondern lassen unter sich. Bei Versuchen des Arztes, ihre Glieder-

stellung zu ändern, zeigt sich in einzelnen Fällen Katalepsie, gewöhnlich widerstreben sie. Sie sprechen weder spontan, noch reagiren sie auf Fragen. Bei geringeren Graden lässt sich eine erhebliche Denkhemmung nachweisen, sie haben grösste Mühe, unsere Fragen und Aufforderungen zu begreifen, sie antworten äusserst langsam, finden die Worte nicht (amnestische Aphasie), zeigen starkes Haftenbleiben. Oft liegt nicht blos das einfache Bild der Hemmung vor, sondern Reizsymptome, meist ängstliche Sinnestäuschungen; Wahnideen bekunden sich neben der Hemmung in auffälligen Ausdrucksbewegungen oder Stellungen: sie lassen sich langsam fallen, knieen nieder, falten die Hände zum Gebet u. s. w. Einzelne Aeusserungen zeigen vollkommene Desorientirung über Ort, Zeit und Situation und phantastische, oft religiös gefärbte Wahnideen.

Aus dem stuporösen Zustand kann leicht eine impulsive Handlung unter dem Einfluss einer Angstvorstellung hervorbrechen.

In anderen Fällen ist die sprachliche Hemmung weniger stark ausgesprochen, so dass uns mehr von dem Innenleben offenbar wird. Treten dann massenhafte Sinnestäuschungen auf verschiedenen Sinnesgebieten, welche sich zu wechselnden Situationsbildern vereinigen, auf, wird durch sie und eine schwere Auffassungsstörung der Kranke so gut wie abgeschnitten von der Wirklichkeit, so spricht man von traumartigen Dämmerzuständen, eventuell traumartiger Verworrenheit.

Bei lebhafterer motorischer Reaction auf zahlreiche Sinnestäuschungen und mangelnder Orientirung haben wir ein deliriöses Bild, oft von oberflächlicher Aehnlichkeit mit dem Delirium tremens. Bei letzterem ist aber das Persönlichkeitsbewusstsein immer erhalten. Im epileptischen Delir ist es oft durch Grössenideen oder andere wahnhafte Vorstellungen gefälscht, so dass man, wenn ein Kranker, der im Uebrigen die Züge des Delirium tremens zeigt, Grössenideen äussert, mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen kann, dass es sich um Alkoholepilepsie oder einen trinkenden Epileptiker handelt.

Unter den Sinnestäuschungen der Epileptiker überwiegen schreckhafte, grässliche Dinge und dem religiösen Vorstellungskreise angehörige göttliche Erscheinungen, Engel, Heilige u. s. w. Von mehreren Autoren *(Siemerling, Raecke)* wird betont, dass die Bilder grosse sinnliche Lebhaftigkeit, Farbenpracht zeigen, dass insbesondere die rothe Farbe vorwiege.

Zu den Visionen kommen beschimpfende und drohende Stimmen.

Ein Dalldorfer Epileptiker sah „kalte Leichen, Schädel, *Lombroso's* Werke, er wurde gewürgt“ u. s. w.

Zuweilen zeigt der epileptische — allerdings auch der hysterische — Dämmerzustand die Eigenthümlichkeit, dass eine und dieselbe Sinnestäuschung persistirt oder immer wieder auftritt. So sah ein Epileptiker meiner Beobachtung allabendlich dieselbe Zigeunerin, die er genau beschrieb.

Im Gegensatz zu den Hemmungszuständen kommen die besonders gefürchteten motorischen Erregungszustände vor, die den höchsten Grad dessen, was der Laie „Tobsucht“ nennt, repräsentiren. Der Kranke schlägt wild und blind um sich, zerstört, was er erreichen kann, begeht die fürchterlichsten Gewaltthaten. Dass dabei nicht immer der höchste Grad von Bewusstseinstrübung zu bestehen braucht, bewies mir ein Kranker aus Breslau, ein riesenstarker Mann, der in seinen epileptischen Wuthanfällen, die ihn etwa alle 8 Wochen befielen, von 6—7 Wärtern kaum

gebändigt werden konnte. Erstaunlicher Weise erkannte er mich und betrachtete mich während der heftigsten Kämpfe als unantastbar; er liess sich von mir, während er unterschiedslos auf jeden Wärter einhieb, willig lenken.

Diese schweren epileptischen Wuthanfälle, welche zu der sogenannten transitorischen Manie oder transitorischen Tobsucht wohl das Hauptcontingent stellen, werden ganz besonders durch Alkoholgenuss ausgelöst.

Die schweren motorischen Entladungen, welche gewöhnlich von kurzer Dauer sind, können sowohl postparoxysmell auftreten, wie sich im Verlauf einer der oben geschilderten selbstständigen Störungen, etwa dem ängstlichen Delir, einstellen.

Die Reden und Handlungen in den verschiedenen besprochenen Formen der epileptischen Geistesstörung zeigen vielfach keinen für uns erkennbaren Zusammenhang, nicht einmal den lockerer sprachlicher oder ganz zufälliger Associationen, wie er bei mittleren Graden der Manie sich findet. Unvermittelt scheint diese oder jene Regung aufzutauchen; man hat daher die Incohärenz als ein gewöhnliches Zeichen epileptischer Geistesstörung angeführt. Uebrigens wird vereinzelt auch ideenflüchtiges Reden beobachtet.

In allen den Zuständen, in denen Worte und Handlungen des Epileptikers bekunden, dass er das Bild der ihn umgebenden Wirklichkeit nicht auffasst, vielleicht sogar durch wechselnde Sinnestäuschungen und krankhafte Vorstellungen beherrscht wird, jedenfalls nicht seine Gedanken zu den uns verständlichen Zusammenhängen ordnen kann, spricht man auch von epileptischen Verwirrtheitszuständen. Der Verwirrtheitszustand ist also kein Bild neben den übrigen genannten, sondern schliesst sie als summarische Bezeichnung theilweise in sich.

In einzelnen Fällen leidet die Besonnenheit des Epileptikers weniger, er ist örtlich und zeitlich und über die Situation orientirt, es ist eine geordnete Aussprache mit ihm möglich, und er offenbart in derselben inhaltlich krankhafte Ideen, meist der Verfolgung oder der Grösse, oder auch hypochondrischer Natur. Wegen der Aehnlichkeit dieser transitorischen Zustände mit der Geistesverfassung der Paranoiker hat man sie paranoide genannt. Zuweilen lassen sich die Wahnideen als verharrende Reste aus einem voraufgegangenen deliriösen Zustande nachweisen. Auch die krankhafte Eigenbeziehung, die Deutung harmloser Vorgänge im Sinne einer meist feindlichen Beziehung, fehlt nicht. Solche paranoide Zustände können sehr lange, Monate, mit Remissionen ausnahmsweise selbst Jahre andauern und haben zu dem Begriff der epileptischen Paranoia geführt.

Weniger in die Augen springend als all diese erwähnten Störungen sind solche, die vorwiegend das Gemüthsleben betreffen: die Verstimmungen der Epileptiker. In längeren oder kürzeren Zwischenräumen treten meist depressive Verstimmungen auf. In den leichtesten Fällen ist es nur eine unbestimmte innere Unruhe, eine grundlose Beklemmung, die den Kranken befällt, ihn arbeitsunlustig, menschenscheu, finster, wortkarg, in sich gekehrt macht. In den schwereren treten stärkere Beängstigungen auf oder der Kranke fühlt sich tief unglücklich, sieht sein Leben, seine Zukunft in hoffnungslosem Lichte, beschliesst, seinem Leben ein Ende zu machen. Selbstmord in diesen Zuständen ist häufig. Manche greifen in dieser Verstimmung zum Trunk und liefern so das Bild der Dipsomanen (oder Quartalssäufer der Laien).

Die gegentheilige heitere Verstimmung kommt nur ausnahmsweise zur Beobachtung. Eine alberne Heiterkeit mit Neigung zu allerlei muthwilligen Streichen, renommistischen Reden, lebhafter Bewegung charakterisirt diese oberflächlich dem manischen Anfalle ähnelnden Zustände.

Ein grosses psychologisches wie forensisches Interesse haben schliesslich jene Dämmerzustände par excellence, in denen der Kranke auf die nicht sachverständige Umgebung keinen abnormen Eindruck macht, sich nicht auffällig in seinem Verhalten vom Gesunden unterscheidet, keine Sinnestäuschungen oder Wahnideen bekundet und doch nachweisbar in einem Zustande krankhaft veränderten Bewusstseins ist.

Es sind dies meist kürzere, manchmal sich über Wochen erstreckende Dämmerzustände, in denen der Kranke triebartig eine Reihe zusammenhängender Handlungen scheinbar ganz ziel- und planmässig vornimmt, etwa eine Reise unternimmt, dazu seine Sachen packt, ein Billet löst, sich in das Coupé setzt, um dann irgendwo „aufzuwachen", ohne zu wissen, wie und warum er hergekommen ist. Viel citirt wird ein französischer Kaufmann, der in solchem Zustande über den Ocean fuhr und erst in der Rhede vom Bombay zu sich kam. Eine jüngst erst erschienene Publication von *Möhrchen* zeigt einen solchen Fall. Der Sohn einer Epileptikerin, deren zwei Schwestern ebenfalls epileptisch waren, der noch dazu im 6. Lebensjahre eine schwere Kopfverletzung erlitt, hatte Anfälle von sinnlosem Weglaufen, die durch eine Aura eingeleitet wurden und für welche nachher vollkommene Erinnerungslosigkeit bestand. Einzelne petit mal-Anfälle (kurze Bewusstlosigkeit und ein krampfähnlicher Insult) wurden beobachtet. Einmal blieb er 10 Tage weg. In den ersten Jahren hatte Patient nichts Strafbares begangen. Bei einem späteren anfallsweisen Reisen, das sich wieder durch Kopfschmerzen, Augenflimmern, Ohrensausen einleitete, beging er eine Reihe raffinirter Schwindeleien, wanderte ruhelos umher, stahl, bezahlte in Wirthshäusern nicht, erborgte unter schwindelhaften Angaben Geld, gab aber überall seinen richtigen Namen und Heimatsort an, besuchte Bekannte, denen nichts an ihm auffiel, und wurde schliesslich verhaftet. Es stellte sich heraus, dass er nachher von den ganzen Vorgängen nichts wusste. Er wurde freigesprochen und kam ins Irrenhaus, von wo er bald entlassen wurde. Sehr bald nach seiner Entlassung begann er wieder eine ähnliche Schwindelreise, er trank ungeheuer viel, beging wieder eine Serie von Betrügereien, wanderte rastlos von Ort zu Ort. Dieser Dämmerzustand dauerte drei Monate. Nach dem Anfall war er wieder der solide, fleissige Arbeiter und hatte vollkommene Amnesie für das Erlebte. Gewiss ist die Angabe Jemandes, der eine strafbare Handlung begangen hat, er wisse von nichts, nicht ohne weiteres Vertrauen erweckend. Aber die gleichen triebartigen Wanderungen und Reisen mit einer Reihe zweckmässiger Handlungen mit nachfolgender Erinnerungslosigkeit werden auch an Personen beobachtet, welche sich nichts zu Schulden kommen liessen und keinen Grund haben, etwas vorzutäuschen, in andern Fällen liegen zwar strafbare Handlungen vor, aber sie sind so sinnlos, contrastiren so mit dem sonstigen Charakter und Verhalten der betreffenden Person, dass kein Zweifel aufkommen kann, dass sie in einem veränderten Bewusstseinszustande vorgenommen sind: So wenn ein Einjähriger ohne vernünftigen Grund desertirt, nach London, China und noch weiter fährt, um dann sich selbst wieder seinem Regiment zu stellen;

wenn ein russischer Graveur auf der Durchreise in Breslau aussteigt und die dortige Holzmühle anzündet, und festgenommen entschieden leugnet, der Thäter zu sein. Brandstiftungen, in solchem Dämmerzustand begangen, sind nicht selten.

Immerhin wird von diesen geordneten, langdauernden Dämmerzuständen ihres sensationellen Charakters wegen in der Literatur — besonders der französischen — mehr gesprochen, als ihrer Häufigkeit zukommt. *Siemerling* hat darauf hingewiesen, dass genauere Erkundigungen bei Augenzeugen doch oft ergeben, dass die Betreffenden ein absonderliches Verhalten zeigten. Das Publicum ist ja immer geneigt, über jedes auffällige Verhalten, in der Annahme, der Betreffende sei betrunken, zur Tagesordnung überzugehen.

Bei den französischen Autoren haben diese triebartigen Wanderungen den Namen „Automatisme ambulatoire". Von wirklich automatischen, ganz ohne Betheiligung des Bewusstseins ablaufenden Vorgängen zu reden, haben wir dabei keinen Grund. Der Kranke handelt im Dämmerzustand nicht ohne Bewusstsein, sondern mit verändertem Bewusstsein. Und zwar ist es in dem Sinne verändert, dass nicht die gesammte frühere Persönlichkeit mit der Gesammtheit ihrer Erfahrungen, ihrer Neigungen, Gewohnheiten und Hemmungen über die Handlungen entscheidet, sondern dass letztere einem bestimmten Ideenkreise entspringen, der wie losgelöst von der Gesammtheit des Bewusstseins erscheint.

Der Kranke reagirt durch eine Reihe Sinneseindrücke sinngemäss, d. h. gemäss früheren Lebenserfahrungen. Also ist ein gewisser Besitz seines Bewusstseins an seinen Handlungen betheiligt. Aber andere Vorstellungen und Gefühle, die im normalen Zustande bei seinen Entschliessungen mitgespielt hatten, sind wie ausgeschaltet. Es liegt eine Dissociation vor. Wie der Zustand nur durch wenige Fäden mit der früheren Persönlichkeit verbunden ist, grenzt er sich auch als etwas Fremdartiges gegen die spätere Persönlichkeit ab, was sich in der meist vorhandenen totalen oder partiellen Amnesie kundgibt. Die während des Dämmerzustandes erfolgten Sinneseindrücke und Vorstellungen entbehren der ausgiebigen Verknüpfung mit früheren Vorstellungen, welche das Gedächtnis und die Continuität des Bewusstseins ausmacht.

Mit dem Stupor, den traumartigen Dämmerzuständen, dem epileptischen Delir, den furibunden motorischen Erregungen, den paranoiden Zuständen, den Verstimmungen und den geordneten Dämmerzuständen haben wir die Hauptformen namhaft gemacht, welche die transitorischen Geistesstörungen der Epileptiker darbieten. Wie gesagt, kommen alle möglichen Uebergänge und Mischformen vor und wechselt die Dauer von Stunden bis seltener zu Wochen.

Ein Merkmal, welches von ungeheuerer Wichtigkeit ist und früher sogar als allgemeingiltig überschätzt wurde, ist das mehrfach erwähnte Fehlen der Erinnerung für die Zeit der Störung. Die Regel ist allerdings, dass der Epileptiker ziemlich plötzlich aus seinem Dämmerzustand erwacht und dann keine Ahnung von dem hat, was mit ihm vorgegangen ist. Ja, zuweilen finden wir sogar die sogenannte retrograde Amnesie, d. h. die Erinnerungslücke greift über eine längere oder kürzere Zeit vor den Beginn der Geistesstörung hinaus, ähnlich wie es nach schweren Kopfverletzungen und Erhängungsversuchen geschieht. Aber man würde fehl

gehen, eine absolute Amnesie für die conditio sine qua non der epileptischen Geistesstörung anzusehen. Oft besteht eine unklare, summarische Erinnerung, ähnlich wie bei unseren Erinnerungen an Träume. Ebenso wie hier kann zuerst jede Erinnerung fehlen, dann Einzelnes wieder auftauchen und umgekehrt. Einzelne Theilerlebnisse werden erinnert, andere sind ausgelöscht. Manchmal sind es gerade unwesentliche Nebenumstände, die haften. Aus dem Vorhandensein gewisser Gedächtnisreste kann man also keinen Schluss gegen die epileptische Natur einer transitorischen Geistesstörung ziehen. Eine genauere Prüfung ergibt meist grosse Lücken. Die erinnerten Erlebnisse und Handlungen haben zuweilen für den Kranken etwas Fremdartiges, sind nicht ganz als seine Erlebnisse, resp. Handlungen dem Bewusstsein eingegliedert. Ist also totale und partielle Amnesie ein sehr charakteristisches Kennzeichen epileptischer Geistesstörungen — wenn auch nicht ganz ausschliesslich bei ihr sich findend — so ist sie doch nicht obligatorisch, ein Umstand, der für die gerichtliche Begutachtung von grosser Wichtigkeit ist.

Gewisse Symptome verdienen noch einen besonderen Hinweis.

In allen Formen der epileptischen Dämmerzustände, besonders nach Anfällen, aber auch in den Aequivalenten, werden häufig gewisse Eigenthümlichkeiten der Sprache beobachtet, auf welche erst neuerdings nachdrücklicher die Aufmerksamkeit gelenkt worden ist.

Das Symptom entgeht leicht der Beobachtung, weil es meist aufgesucht werden muss. Es zeigt sich nämlich eine grosse Erschwerung der Wortfindung, die sich soweit steigern kann, dass der Kranke überhaupt nur über wenige Worte verfügt. Das ganz oder fast mutacistische Verhalten derartiger Kranker wird leicht als blosse Folge herabgesetzter Vorstellungsthätigkeit und daraus resultirenden Mangels an Mittheilungsbedürfnis aufgefasst; veranlasst man sie aber, eine Reihe vorgelegter Gegenstände zu bezeichnen, so tritt eine ausgesprochene Unfähigkeit, die Bezeichnung für erkannte Dinge zu finden, hervor; es zeigt sich eine amnestische Aphasie wie bei Herdkranken.

Die Erklärung dafür, dass diese amnestische Aphasie beim Epileptiker sich spontan so wenig geltend macht, im Gegensatz zu den Herdkranken, gibt in sehr treffender Weise *Bernstein*.

Er weist darauf hin, dass bei dem Herdkranken ein Missverhältnis besteht zwischen einer ziemlich guten Vorstellungsthätigkeit und dem zur Verfügung stehenden Quantum an verbalen Formen, auf Grund der ersteren macht er Sprechversuche, ringt nach Worten, fühlt seine Verlegenheit und macht sie dem Untersucher bemerkbar.

Der im Zustand der Benommenheit befindliche Epileptiker dagegen producirt weniger Vorstellungen und daher kommt ihm und Anderen das Missverhältnis zu den verfügbaren Worten weniger zum Bewusstsein. Erst wenn ihm von aussen durch Sinneswahrnehmungen mehr Vorstellungen über die Schwelle gehoben werden, wird der Mangel der entsprechenden Bezeichnungen bemerklich.

Diese Erschwerung der Wortfindung, welche manchmal die sonstige Bewusstseinsstörung tagelang überdauert, soll nach einzelnen Autoren ganz regelmässig in den epileptischen Dämmerzuständen auftreten, eine Annahme, die bei ihrer differentialdiagnostischen Wichtigkeit eingehender Nachprüfung bedarf.

Die ebenfalls häufig beobachtete Perseveration, d. h. das Haftenbleiben an vorher gebrauchten Ausdrücken, steht jedenfalls mit der amnestischen Aphasie in Zusammenhang.

Von anderen aphasischen Störungen ist besonders nach Anfällen zuweilen Worttaubheit beobachtet worden, deren Lösung durch ein Stadium von Echolalie hindurchführt.

Die Echolalie, die Wiederholung der Frage, findet sich in ihren verschiedenen Nuancen auch ohne vorausgegangene Worttaubheit in gewissen Stadien der Dämmerzustände.

Schliesslich ist auch Verbigeration, die häufige spontane Wiederholung derselben Worte oder Sätze, kein ungewöhnliches Symptom der epileptischen Bewusstseinsstörungen.

Besonders differentialdiagnostisch wichtig ist das erste Symptom, die Erschwerung der Wortfindung; denn wenn sie sich auch bei chronischen Psychosen besonders in deren transitorischen Exacerbationen findet, so bei Paralyse, Arteriosklerose, seniler Demenz, so fehlt sie doch bei anderen kurzen recidivirenden psychischen Störungen, die nach ihrem Verlauf der Gefahr einer Verwechslung mit der Epilepsie ausgesetzt sind. Das Danebenreden im hysterischen (*Ganser*'schen) Dämmerzustand z. B. hat einen ganz anderen Charakter. Dem Epileptischen merkt man die Wortverlegenheit, die wirkliche Bemühung, den richtigen Ausdruck zu finden, an; der Hysterische dagegen redet wie absichtlich daneben in möglichst absurder Weise und lässt sich auch nicht corrigiren. Er benimmt sich bei anderen Aufgaben, also etwa beim Rechnen, ebenso gesucht verkehrt wie beim Benennen von Gegenständen.

Dass asymbolische und apraktische Erscheinungen sich gelegentlich in epileptischen Dämmerzuständen als Componenten der Bewusstseinstrübung oder „Verwirrtheit" herausheben lassen, sei beiläufig erwähnt.

Die Ursachen der epileptischen Geistesstörungen sind dieselben, wie die der Epilepsie überhaupt. Dass Erblichkeit hierbei die Hauptrolle spielt, ist bekannt. Ueber zwei Drittel der Epileptiker stammen aus Familien, in denen Geistes- und Nervenkrankheiten, besonders aber wieder Epilepsie zu Hause ist.

Von den Kindern der Epileptiker soll mehr als die Hälfte wieder an Krämpfen erkranken, auch die andere Hälfte zeigt gesundheitliche Minderwerthigkeit. Nach *Echeverria* ist nur ein Fünftel der Nachkommenschaft von Epileptikern gesund. Eine grosse Rolle spielt der Alkoholismus der Vorfahren in der Epilepsie der Nachkommen. Auch chronische Bleivergiftung der Eltern kann Ursache für die Epilepsie der Nachkommen sein.

Angeborene Syphilis kann, auch ohne dass sie gröbere Herde setzt — womit das Bild der symptomatischen Epilepsie gegeben wäre — Epilepsie bedingen.

Schwere Kopfverletzungen sind zweifellose Ursachen von Epilepsie; leichtere Kopfverletzungen, wie sie Niemandem, besonders in der Kindheit erspart bleiben, werden gern als Ursachen angeschuldigt, sind aber gewöhnlich entweder zufällig oder Folgen der epileptischen Schwindelanfälle oder nur auslösende Gelegenheitsursache bei vorhandener Disposition.

Auch im Anschluss an Infectionskrankheiten, Scharlach, Hirnhautentzündung, Encephalitis u. s. w. findet sich Epilepsie ein, auch wenn nicht so grobe Veränderungen im Gehirn zurückbleiben, etwa Schwarten oder Cysten,

dass man Anlass hat, von blos symptomatischer Epilepsie zu sprechen; die epileptische Veränderung, mag sie auch von einem localisirten Herd ihren Ausgang nehmen, ist in diesen Fällen selbstständig geworden. Es zeigt sich hier, dass die Grenze zwischen idiopatischer und symptomatischer Epilepsie überhaupt zur Zeit nicht scharf zu ziehen ist.

Schreck, psychische Erregung, welche als Ursache angeschuldigt werden, können jedenfalls nur als auslösende Ursache gelten. Aus welchem Grunde bei einem Theil der Epileptiker an Stelle der Krampfanfälle geistige Störungen auftreten, ist noch unbekannt. Nur das weiss man, dass Kopftrauma besonders das Auftreten geistiger Störungen begünstigt.

Die Spätepilepsie im reiferen Alter ist entweder Folge der Arteriosklerose oder des Alkoholismus. Obgleich sie strenggenommen zur symptomatischen Epilepsie gehört, wird sie aus praktischen Gründen mit der genuinen abgehandelt.

Die Beziehungen zum Alkoholismus sind mannigfacher Art. Zunächst wird bestehende Epilepsie durch Trunk bedeutend verschlechtert. Der Alkohol löst Anfälle aus. Beim Epileptiker können schon verhältnismässig geringe Alkoholmengen sowohl Krämpfe hervorrufen, wie schwere pathologische Rauschzustände, zu denen der Epileptiker besonders neigt: Dämmerzustände mit tobsüchtigen Erregungen.

Alle Arten geistiger Getränke sind daher für den Epileptiker unter allen Umständen zu vermeiden.

Ferner kann ein vom Hause aus nicht epileptischer Mensch durch chronischen Alkoholmissbrauch epileptische Anfälle erleiden. Es ist das die sogenannte Alkoholepilepsie, der etwa ein Drittel der schweren Alkoholisten anheimfallen, und an welche sich häufig ein Delirium tremens anschliesst. Das Unterscheidende der Alkoholepilepsie ist, dass in der Abstinenz, wie *Braatz* ausführt, meist schon nach 14 Tagen die Anfälle aufhören, um nach neuen Trinkexcessen wieder aufzutreten. Bei dauernder Abstinenz bleibt der Alkoholepileptiker dauernd anfallsfrei, im Gegensatz zum genuinen Epileptiker, bei dem Abstinenz die Anzahl der Anfälle vermindert, aber sie nicht zum Schwinden bringt. Wichtig ist die Feststellung von *Braatz*, dass die Alkoholepilepsie sich verhältnismässig früh — in den ersten Jahren des Alkoholmissbrauchs — einstellt und meist belastete oder in der Kindheit neuropathische Individuen befällt.

Zu unterscheiden von der Alkoholepilepsie, welche von *Jolly*, *Braatz* u. A. als Symptom des Alkoholismus, nicht als selbstständiger Krankheitsprocess angesehen wird, sind die Erkrankungen an Epilepsie, welche bei Trinkern im späteren Stadium auftreten und dann unabhängig von weiterem Trunke selbstständig fortbestehen. Hier ist oft die Arteriosklerose das vermittelnde Glied zwischen Alkoholismus und Epilepsie. Bei dieser als constitutionelle oder auch habituelle Epilepsie der Trinker bezeichneten Krankheit lässt sich zuweilen nachweisen, dass der Trunk nur den Boden der Krankheit vorbereitet hat und erst ein neues Moment, etwa Kopftrauma, sie zum Ausbruch gebracht hat. Jedenfalls ist sie eine von weiterem Alkoholgenuss unabhängige Krankheit, wenigstens nur in derselben Abhängigkeit wie jede Epilepsie: dass Genuss geistiger Getränke ihre Eruptionen vermehrt und verschlimmert.

Schliesslich ist neuerdings, besonders überzeugend und eingehend durch *Gaupp* der Nachweis versucht worden, dass die sogenannte Dipso-

manie der vom Volksmunde als „Quartalssäufer" bezeichneten Personen zum grösseren Theil der Epilepsie zugehören. Es handelt sich um Personen, die nun nicht gerade in jedem Quartal einmal, aber doch im Gegensatze zu ihrem habituell nüchternen Leben mehrere Male im Jahre anfallsweise sich fortgesetzten schwersten Trinkexcessen ergeben. *Gaupp* zeigt, dass in vielen Fällen das sinnlos fortgesetzte Trinken aus einer zeitweise wiederkehrenden depressiven Verstimmung, einer inneren Unruhe und Beklemmung hervorgeht, wie sie auch bei nicht dipsomanischen Epileptikern bekannt ist. Der Kranke lässt dann Haus und Beruf in Stich und ergibt sich einem Tage und Wochen lang fortgesetzten triebartigen Trunke. Wenn äussere Momente (Ausgehen des Geldes, gewaltsame Behinderung) den Anfall nicht unterbrechen, setzt ihm ein Schwächezustand mit Widerwillen gegen Spirituosen, mit der natürlichen Folge der abnormen Alkoholmenge, Magenverstimmung u. s. w. ein Ende. Bei manchen solcher Dipsomanen kommt es zu einem typischen Dämmerzustande, bei anderen kommt es gelegentlich zu Verstimmungen ohne Trinkexcesse, andere haben epileptoide Zustände oder gar classische Krampfanfälle. Zwischen den ausgesprochenen Epileptikern mit Verstimmungen, Epileptikern mit Verstimmungen und anfallsweisen Trinkexcessen und den reinen Dipsomanen, die epileptische Zeichen im hergebrachten Sinne nicht zeigen, sondern nur anfallsweise Verstimmungen mit unwiderstehlichem Drange zu trinken, gibt es alle möglichen Uebergänge, woraus die Berechtigung hergeleitet wird, auch die letzteren der Epilepsie einzureihen. Bemerkenswerth ist die Beobachtung *Aschaffenburg's*, dass bei Dipsomanen, die in der Anstalt am Trinken verhindert werden, die Anfälle unter dem Bilde einfacher depressiver Verstimmung verlaufen, wie die der Epileptiker. Wir kommen auf die Auffassung der Dipsomanie als einer Aeusserung der Epilepsie unten bei Erörterung der Meinungsverschiedenheit bezüglich der psychischen Epilepsie zurück.

Die körperlichen Begleiterscheinungen der epileptischen Geistesstörungen sind nicht immer erheblich, jedenfalls nicht constant. In vielen Fällen besteht während des Aequivalentes eine gänzliche Analgesie des Körpers. Die Kranken lassen sich dann ohne Zeichen von Schmerz oder Abwehrbewegungen mit Nadeln stechen. Analgesie oder noch häufiger Hypalgesie finden sich auch bei vielen Epileptikern dauernd. Die Pupillen sind meist weit; Pupillenstarre im Dämmerzustand gehört zu den grössten Seltenheiten (*Ziehen* hat einen solchen Fall besprochen). Dagegen findet sich oft herabgesetzte Reaction. Das Gesichtsfeld ist manchmal eingeengt. Die Reflexe zeigen keine constanten Abweichungen. Der Gang ist zuweilen taumelnd, die Bewegungen ataktisch. Die Sprache manchmal articulatorisch gestört (lallend).

Die Prognose des einzelnen Anfalles der Geistesstörung der Epileptiker ist eine ziemlich gute. Nach Tagen, Wochen, spätestens Monaten, kehrt der Status quo ante zurück. Natürlich sind hierbei die Verletzungen, welche sich die Kranken zuziehen können, und der nicht seltene Selbstmord nicht in Betracht gezogen.

Uebler ist die Prognose, wenn sich Tage und Wochen lang gehäufte Krampfanfälle zwischen die Psychose schieben. Der Kranke kann im Status epilepticus, eventuell durch Vermittlung einer Lungenentzündung zum Tode kommen. Ein Beispiel hierfür bietet ein Dalldorfer Patient. Er erlitt mit

sieben Jahren eine Gehirnerschütterung, hatte bald darauf einen petit mal-Anfall. Seit dem 14. Jahre typische Krampfanfälle, die sich im 21. Jahre so häuften, dass er seinen kaufmännischen Beruf aufgeben musste. Im 26. Jahre traten zuerst Bewusstseinsstörungen von kurzer Dauer auf, die sich manchmal fünfmal im Tage wiederholten. Dann längere Verwirrtheitszustände. Im Juni 1902 trat ein mehrwöchiges, von Krämpfen öfter unterbrochenes Delirium auf, mit zahlreichen Sinnestäuschungen und wechselnden Grössenideen. Nach wenigen Tagen der Klarheit setzten neue Krämpfe und Wochen lange deliriöse Dämmerzustände ein. Ende Januar 1903 wurde er entlassen und konnte sich bis Ende Mai draussen halten. Eine neue, der früheren ganz gleiche Geistesstörung führte ihn dann wieder nach Dalldorf. Hier traten Delirien und Krämpfe in solcher Mischung auf, dass gar nicht mehr unterschieden werden konnte, was prä-, postparoxysmell und äquivalent ist. Einige Tage relativer Klarheit, aber noch deutlicher Benommenheit schoben sich ein. Vom 15. August aber häufen sich die Krampfanfälle (täglich 5 oder 6), er ist in den Intervallen somnolent. Am 17. August finden sich unter Fieber die Zeichen einer Lungenentzündung ein, der Patient schon am 19. erlag.

Die Mehrzahl der transitorischen Geistesstörungen verläuft, wie gesagt, günstiger.

Die Prognose des Grundleidens ist schlecht, aber nicht absolut hoffnungslos. Heilungen von Epilepsie kommen zweifellos vor. Die in der Kindheit aufgetretene Epilepsie, besonders mit häufigen Krampfanfällen, führt gewöhnlich zur Verblödung. Bei seltenen Anfällen ist die Gefahr der Verblödung geringer. Jedoch besteht hier keine ausnahmslose Gesetzmässigkeit. Grösser ist die Gefahr wieder bei Spätepilepsie, die sich auf dem Boden der Arteriosklerose einfindet. Da die Wiederkehr, Häufigkeit und Schwere der Anfälle, der motorischen wie der psychischen, von einer Reihe von Schädigungen abhängt (Trunk, Erregungen etc.), so hängt die Aussicht auf Wiederkehr von Attaquen in erheblichem Maasse mit der Möglichkeit, diese Schädigungen zu vermeiden, zusammen.

Die von der genuinen Epilepsie abzutrennende Alkoholepilepsie mit ihren paroxysmellen und psychischen Erscheinungen (Delirien und Dämmerzuständen) ist, wie wir sahen, durch Abstinenz sicher zu beseitigen.

In der Therapie spielt denn überhaupt die Alkoholabstinenz die wichtigste Rolle. Der Epileptiker, und besonders der zu psychischen Anfällen geneigte, ist daher, wenn Enthaltung von geistigen Getränken in Freiheit nicht zu erzielen ist, am besten in der Anstalt aufgehoben. Draussen bilden seine Wuthanfälle und Excesse eine dauernde ebenso grosse Gefahr für die Gesellschaft, wie für ihn selbst. Bei Dipsomanen kann sofortige Unterbringung des Kranken bei den ersten Anzeichen des Anfalles den Verlauf desselben bedeutend mildern und abkürzen. Auf die Unruhe und einzelne Beschwerden kann vom Arzt zweckmässig eingewirkt werden. *Gaupp* verspricht sich auch von längerer — etwa ein Jahr dauernder — Entwöhnung von Trunk in einer Trinkerheilstätte dauernden Nutzen.

Die arzneiliche Behandlung, welche den Krämpfen gegenüber wirksam ist (besonders Brom und Amylenhydrat), pflegt den psychischen Attaquen gegenüber nicht viel auszurichten. Immerhin wird man diese Mittel, wo blosse symptomatische Beruhigung erforderlich ist, vor anderen Beruhigungs-

mitteln vorziehen. Hyoscininjectionen können bei schwersten Tobsuchtszuständen erforderlich werden. Ob andere gegen die Epilepsie empfohlene Curen, *Flechsig's* Opiumbromcur und insbesondere *Toulouse's* kochsalzlose Diät, deren Nutzen gegen die Krämpfe von einigen Autoren gerühmt wird, gegen die psychischen Störungen wirksam sind, darüber sind die Acten noch nicht geschlossen. Die Behauptung einzelner Autoren, dass letztere — die kochsalzlose Diät — wenn sie die Krämpfe an Zahl vermindert oder ganz beseitigt, gerade psychischen Störungen Vorschub leistet, fand in einem Falle meiner Beobachtung eine Stütze. Ein Epileptiker, dessen Krämpfe nach seinen und seiner Angehörigen Aussagen unter salzfreier Kost ganz verschwunden waren, zeigte nunmehr eine üble Veränderung seines Wesens, er wurde ungeheuer eigensinnig, widerspenstig und gerieth ohne Anlass in schwere Zornausbrüche, in denen er gegen seine Mutter gewaltthätig wurde.

Die baldige operative Entfernung von krampfmachenden Schädlichkeiten (Cysticerken, Knochensplittern, Narben, eventuell auch periphere) ist indicirt. Geschieht es nicht früh, so pflegt der Nutzen kein grosser zu sein, weil, wie man annimmt, die „epileptische Veränderung" schon das Gesammthirn ergriffen hat. Andere angerathene Maassnahmen („Hirnlüftung" durch Trepanation, Durchschneidung des Halssympathicus etc.) wurden bisher nur von den Erfindern dieser Methoden empfohlen.

Erfolgversprechender als die Therapie ist die Vorbeugung auch auf diesem Gebiet. Die Bekämpfung des Alkoholismus wird — bei der erwiesenen Häufigkeit epileptischer Säuferkinder — die Epilepsie und damit die epileptischen Geistesstörungen vermindern. Vor Allem sollte weder ein Trinker noch ein Epileptiker in die Ehe treten.

Die Aerzte können durch Einwirkung in diesem Sinne auf Publikum und Gesetzgebung mehr Nutzen stiften als durch Verschreiben von Tropfen. Leider stehen Gedankenlosigkeit, Unwissenheit, Vorurtheil und Indolenz der hier besonders dringlichen, vernunftgemässen Einwirkung auf das Wohl des zukünftigen Menschengeschlechtes im Wege.

Bedenkt man, wie viel Schaden nicht nur die Gewaltthaten, Sittlichkeits- und andere Verbrechen theils im Zustande ausgesprochener epileptischer Geistesstörung, theils in den freien Intervallen, aus dem epileptischen Charakter heraus begangen werden, wie innige Beziehungen zwischen Epilepsie und Verbrechen noch mittelbar bestehen — unter Kindern von Epileptikern befinden sich viele erregbare und explosive, moralisch defecte Imbecille und Neuropathen, Instable und Affectmenschen, ein Hauptcontingent der Verbrecherarmee — so sieht man, von wie immenser socialer Bedeutung die Bekämpfung der Epilepsie ist.

Der Stammbaum eines Dalldorfer Patienten zeigt, wie Trunksucht und Neuropathie der Eltern sich in sehr verschieden aussehender Constitution bei den Kindern rächen können, die alle das Gemeinsame haben, dass sie ins Zucht- oder Irrenhaus führen.

Die Diagnose einer epileptischen Geistesstörung ist leicht, wenn bei dem betreffenden Individuum von Kindheit an typisch epileptische Krämpfe, ausgebildete oder abortive, oder wenigstens epileptoide Zeichen, wie petit mal, zeitweise wiederkehrende Schwindelzustände oder Ohnmachten ohne sonstige Ursache aufgetreten sind. Wenn bei einem solchen Individuum eine geistige Störung vorliegt, wird man nur daran denken müssen, dass

ausnahmsweise einmal einen Epileptiker eine andere Geisteskrankheit, etwa Dementia paralytica, ergreifen kann. Das Bild und der Verlauf wird hierüber bald Klarheit schaffen.

Fehlen uns die anamnestischen Daten, so wird ein frischer Zungenbiss oder Zungennarben unseren Verdacht sofort auf eine postparoxysmelle Geistesstörung lenken. Jedoch gelten diesem Schluss gegenüber dieselben Bedenken, welche angebracht sind, wenn wir in Erfahrung bringen, dass der geistig Erkrankte nicht seit früher Jugend an Krampfanfällen leidet, sondern dass solche erst seit kürzerer Zeit vor oder im Verlauf der geistigen Erkrankung aufgetreten sind. Bei verschiedenen organischen Gehirnkrankheiten und Paralyse finden sich nicht nur die durch Beschränkung auf eine Seite oder gar auf ein Glied wohlcharakterisirten *Jackson*'schen Krämpfe, sondern auch allgemein epileptiforme Zuckungen mit Zungenbiss, ebenso sind eklamptische, urämische Anfälle ununterscheidbar von epileptischen. Alle genannten Krampfarten können aber auch geistige Störungen machen. Hier wird die genaue körperliche Untersuchung und der Charakter der Geistesstörung entscheidend sein.

Dass Aerzte auf Grund epileptiformer paralytischer Anfälle Epilepsie diagnosticirt haben, ist mir häufig vorgekommen.

Die Krämpfe kleiner Kinder sind oft, aber durchaus nicht immer, Zeichen von Epilepsie. Man hüte sich, alles, was die Angehörigen als „Krämpfe" bezeichnen, auch nur für epileptiforme Krämpfe anzusehen. Ich sehe von den krassesten Verwechslungen in dieser Beziehung (Magen-, Kopf-, Weinkrämpfe etc.) ab.

Aber oft handelt es sich um hysterische Krämpfe, deren Kennzeichen ja hier nicht namhaft zu machen sind. Auch die Anfälle der Katatoniker schildern die Angehörigen als Krämpfe. Manchmal soll es sich hier auch wirklich um epileptiforme Anfälle handeln. Meist haben sie aber einen ganz anderen Charakter. Es handelt sich um Zuckungen in einzelnen Muskeln, merkwürdige Verrenkungen und Stellungsänderungen, rhythmische Bewegungen verschiedenster Art, die eher den hysterischen Anfällen ähneln als den epileptischen.

Der Katatoniker ist dabei gewöhnlich bei Bewusstsein, der Anfall trifft ihn auch nicht blitzartig aus vorher relativ normalem Zustande. Hält man sich an die typischen oder wenigstens häufigsten Kennzeichen des epileptischen Anfalles: Initialer Schrei, Zubodenstürzen, Blässe, dann Cyanose des Gesichtes, Zungenbiss, Folge von Tonus und Klonus, kurze Dauer (meist nur 2—3 Minuten), Koma, so wird man die Verwechslung mit den paroxystischen hyper- und parakinetischen Zuständen der Katatoniker vermeiden können.

Man wird also vorausgegangene Anfälle für die Diagnose einer epileptischen Geistesstörung nur verwerthen können, wenn sich die genannten anderen Krankheiten, Nephritis, Hirnherde, Paralyse ausschliessen lassen, die Krämpfe epileptischen Charakter tragen und die Geistesstörung die jetzt noch einmal zu recapitulirenden Züge trägt.

Sie tritt im Allgemeinen ziemlich plötzlich ein, dauert kurze Zeit, selten schon über mehrere Wochen, endigt ziemlich kritisch, wiederholt sich nach kürzeren oder längeren Intervallen. Volle oder theilweise Erinnerungslosigkeit besteht nicht ausnahmslos, besonders nicht für die Anfälle, in denen die Gemüthsverstimmung vorwiegt, ist aber doch die

Regel. Der Anfall selbst kann, wie wir sehen, sehr verschiedenartig aussehen. Das unvermittelte Nebeneinander von geordnetem Verhalten und ganz auffälligen Handlungen *(Siemerling)* ist mit Recht als sehr verdächtig für epileptische Geistesstörung bezeichnet worden. Impulsive Handlungen, Perseveration, Verbigeration, Erschwerung der Wortfindung, Echolalie und Echopraxie, wenn sie bei anfallsweise auftretenden Geistesstörungen sich zeigen, fallen für die Diagnose Epilepsie ins Gewicht.

Schliesslich sind die Zeichen des epileptischen Charakters, der epileptischen Demenz in den Intervallen ein wichtiger Fingerzeig. Die verschiedenen Anfälle von Geistesstörung der Epileptiker zeigen unter sich grosse Aehnlichkeit.

Obgleich so die epileptischen Geistesstörungen gewisse Züge zeigen, welche für sie charakteristisch sind, ist doch mit Recht darauf hingewiesen worden, dass einerseits jeder derselben einmal fehlen kann (die Erinnerungslosigkeit, die Kürze, die Plötzlichkeit des Beginnes), dass andererseits jeder dieser Züge sich bei anderen Psychosen auch finden könne. Eine Reihe hervorragender psychiatrischer Autoren wollen daher die Diagnose einer epileptischen Geistesstörung nur zulassen, wenn epileptische Antecedentien im engeren Sinne bei dem betreffenden Individuum nachgewiesen sind, also Convulsionen oder mindestens Absencen. Sie erklären den Begriff der Epilepsie sonst von „quallenhafter Zerfliesslichkeit" *(Wernicke)* oder seine „Grenzen rückten in nebelhafte Ferne" (*Binswanger*, dem wir die grosse Monographie der Epilepsie verdanken). Diese Verwahrungen gelten mit vollem Recht einer allzu weiten Ausdehnung des Begriffes der Epilepsie, wie sie *Lombroso* vertritt. Andererseits ist schon früh von *Falret, Duval, Samt,* neuerdings von *Kraepelin* der Begriff einer rein „psychischen" Epilepsie vertreten worden. Diese Autoren wollen also auch bei Individuen, die weder Convulsionen noch Absencen oder Schwindelanfälle gehabt haben, aus der Natur rein psychischer Störungen Epilepsie diagnosticiren.

Nun ist den Gegnern des Begriffes einer ausschliesslich psychischen Epilepsie gewiss zuzugeben, dass die Erkennung der epileptischen Geistesstörung bei dem Fehlen von Krämpfen sehr an Sicherheit verliert, denn wir sehen, dass die psychischen Bilder der notorischen Epilepsie eine grosse Verschiedenheit darbieten und kein einziges Symptom immer da und nur da sich findet.

Andererseits muss man darauf hinweisen, dass, wenn auch keines der genannten Symptome nur in der Epilepsie vorkommt, die impulsiven Handlungen z. B. in der Katatonie, die deliriösen Zustände und die Amnesie für die Zeiten schwerster Verworrenheit und Erregung bei verschiedenen Krankheiten, doch der Kreis der differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Geistesstörungen sich schon sehr verengert, wenn man die zeitlichen Factoren, die sogenannte Periodicität und das Episodische, in Rechnung zieht: d. h. das in mehr oder weniger regelmässigen Abständen anfallsmässige Auftreten von kurzen Störungen, die sich also von dem Dauerzustand des Individuums scharf als Episoden abheben. In der Hauptgruppe der sogenannten periodischen Krankheiten, dem manisch-depressiven Irresein *Kraepelin's* besteht gewöhnlich eine viel längere Dauer der Phasen. Also nur die seltenen Fälle, in denen diese Krankheit in Anfällen von wenigen Tagen oder höchstens Wochen auftritt, bedürfen praktisch der

weiteren Abgrenzung von den epileptischen Geistesstörungen auf Grund des psychischen Bildes in und ausserhalb des Anfalles.

Mit den alkoholistischen Delirien können nur die deliriösen Formen des epileptischen Dämmerzustandes verwechselt werden. Hier ist die nachweisbare Ursache, das Zittern und Schwitzen des Alkoholdeliranten, das bei ihm immer erhaltene Persönlichkeitsbewusstsein im Gegensatz zu häufigen Grössen- oder Kleinheitsideen des Epileptikers, das eigenthümliche motorische Gebaren genügend charakteristisch zur Unterscheidung. Auch ist der Epileptiker nicht wie der Alkoholdelirant jederzeit vorübergehend zu fixiren. Bei trinkenden Epileptikern kommen Delirien vor, die ein Gemisch von Delirium tremens und epileptischem Dämmerzustand darstellen.

Manche pathologische Rauschzustände sind ununterscheidbar von einem epileptischen Erregungszustande. Die Abhängigkeit des Zustandes von der Ursache stellt diese Rauschformen auf eine Stufe mit der Alkoholepilepsie, wie denn auch beides gewöhnlich zusammen bei denselben Trinkern vorkommt, scheidet also diese Zustände von der Epilepsie im engsten Sinne, mit welcher sie aber jedenfalls nahe Verwandtschaft haben.

Treten, wie es gelegentlich vorkommt, bei einem Individuum, das nicht Gewohnheitstrinker ist, unter der Einwirkung schon geringer Alkoholmengen solche pathologischen Erregungszustände auf, so ist hier gegen die Annahme einer latenten Epilepsie, die erst durch das Alkoholgift manifest wird, nichts Entscheidendes einzuwenden.

Ebenso zeigen Individuen nach schweren Kopftraumen episodische, von epileptischen ununterscheidbare Erregungszustände mit nachfolgender Amnesie, oft auch erst durch Spirituosen provocirt, manche neben oder nach Krämpfen, andere ohne solche. Auch diese gemeinhin zum traumatischen Irresein gerechneten Störungen lassen sich als epileptische Geistesstörungen auffassen oder stehen ihnen jedenfalls sehr nahe. Ehe wir nicht weiteren Einblick in die pathologische Anatomie dieser und jener Zustände gewonnen haben werden, lässt sich jedenfalls nichts Zwingendes dafür oder dagegen sagen.

Die Abgrenzung von hysterischen Dämmerzuständen ist bei Fehlen der Convulsionen gewiss zuweilen nicht leicht. Immerhin ermöglicht die erhöhte Suggestibilität der Hysterischen, die sonstigen bekannten Züge des hysterischen Dämmerzustandes, das scheinbar absichtlich Gemachte, Theatralische, das wie simulirt aussehende Vorbeireden, wie *Ganser* es geschildert (s. Hysterie), die Sensibilitätsstörungen, das somatische und psychische Verhalten ausserhalb des Dämmerzustandes, gewöhnlich die Unterscheidung.

Ist so auch zugegeben, dass die Erkennung des epileptischen Irreseins durch convulsive oder epileptoide Züge sehr erleichtert ist, so sehen wir doch, dass auch die psychischen Attaquen allein oft genug die Diagnose stellen lassen werden. Der Hinweis aber, dass das in der That in anderen Fällen mit einiger Sicherheit nicht geschehen wird, kann die Berechtigung der Aufstellung einer rein psychischen Epilepsie nicht tangiren. Denn sehen wir, dass es von dem Epileptiker, der nur Krampfanfälle hat, über den, der häufig an Krämpfen und hin und wieder an Aequivalenten, über den, welcher ganz selten an Convulsionen und wiederholt an psychischen Anfällen leidet, zu dem, der nie Krämpfe, aber dieselben

geistigen Störungen und denselben erregbaren, gewaltthätigen Charakter mit grosser geistiger Schwerfälligkeit und Umständlichkeit darbietet, alle möglichen Uebergänge gibt, warum sollen wir dann bei dem letzteren nicht denselben Krankheitsprocess annehmen, der sofort von allen anerkannt wird, wenn neben den geistigen Störungen einige Schwindelanfälle bekannt geworden sind? Kommen doch noch dazu namentlich nächtliche Krampfanfälle, manche Schwindelanfälle oft nur nicht zu unserer Kenntnis. Sollen wir nun in zwei sonst gleichartigen Fällen principiell verschiedene Krankheiten sehen, wenn bei dem einen nur die Eltern berichten, er habe als Kind zweimal Krämpfe, später einige Male Schwindelzustände gehabt, in dem anderen nichts Sicheres darüber zu eruiren ist? Besonders wenn einer der Letzteren aus epileptischer Familie stammt? Wenn etwa von zwei Geschwistern, die ich beobachtete, deren Vater epileptisch war, der eine an ausgesprochenen Krampfanfällen leidet, der andere den epileptischen Charakter und zeitweise vorübergehende Wuth- oder Verwirrtheitszustände mit nachfolgender Amnesie zeigt?

Mit der vollen Anerkennung der grösseren Schwierigkeit, ohne epileptische Antecedentien eine Geistesstörung als epileptisch zu erkennen, und der dadurch gebotenen Reserve ist der Begriff einer rein psychischen Epilepsie nicht gerichtet. In vielen Fällen, besonders wenn wir dem ersten noch nicht abgelaufenen Anfall gegenüberstehen, und wenn er deliriösen oder manieähnlichen Charakter zeigt, werden wir die Diagnose in dubio lassen müssen; hat ein Kranker aber schon mehrere Anfälle von kurzer Dauer, zeigen sie mehrere der charakteristischen Kennzeichen, etwa Stupor, amnestische Aphasie und Perseveration und plötzliche Gewaltthätigkeit und impulsive Handlungen, zeigen die Anfälle unter sich grosse Aehnlichkeit, besteht Amnesie nach dem Anfall, zeigt der Kranke in den Intervallen ein reizbares, eigensinniges Wesen und schwerfälligen Intellekt, stammt er gar noch aus epileptischer Familie, so können wir mit Fug die Diagnose auf psychische Epilepsie stellen. Aus diesem Grunde ist auch die Zurechnung vieler Dipsomanen zur Epilepsie statthaft.

Eine pathologische Anatomie speciell der epileptischen Geistesstörungen haben wir noch nicht. Sie fällt mit der pathologischen Anatomie der Epilepsie überhaupt zusammen. Wie für diese gilt auch hier, dass, wo Herderkrankungen, Fremdkörper, Arteriosklerose der Ausgangspunkt der Epilepsie sind, wir es noch nicht mit der eigentlichen Anatomie der „epileptischen Veränderung“ des Gehirns zu thun haben, sondern mit ihrer Ursache.

REGISTER.

Die Ziffern bedeuten die Seitenzahl.

Abstinenzbewegung 293.
Ackerbaucolonien für Geisteskranke 182.
Acutes hallucinatorisches Irresein 197.
— der Trinker 533.
Algolagnie 143.
Alkohol im Stoffwechsel 227, 229.
— als Nahrungs- und Genussmittel 243.
— als Heilmittel 245.
— als Krankheitsursache 230.
— und Geisteskrankheiten 254.
Alkoholconsum, Statistik des — 263.
Alkoholdelirien 519, 522.
Alkoholepilepsie 517, 553.
Alkoholika bei Geisteskranken 193.
Alkoholische Geistesstörungen 511.
Alkoholismus, Folgen des — 225. Geistesstörungen infolge von — 511. Bekämpfung des — 270.
Alkoholismus chronicus 515.
Alkoholparalyse 530.
Alkoholpsychosen 512.
— chronische 537.
Amentia 196.
Anamnese, Erhebung der — bei Geisteskrankheiten 23.
Androgynie 123.
Anstaltsbehandlung Geisteskranker 177.
Arbeit als Heilmittel bei Geisteskrankheiten 182.
Associationen 49.

Bäder bei Geisteskranken 188.
Beeinflussbarkeit bei Geisteskrankheiten 47.
Befehlsautomatie 218.
Begutachtung, gerichtliche bei Geisteskrankheiten 341.
Behandlung Geisteskranker 173.
Bettbehandlung Geisteskranker 184.
Bisexualität 116.

Chorea gravidarum 403.
Circuläres Irresein 467, 488.
Cocainismus 452.
Collapsdelirien 387.
Conträre Sexualempfindung 120. Therapie der — 131.

Dämmerzustände, epileptische 546.
Degenerationszeichen 9.
Degeneratives Irresein 31.
Delirien bei Alkoholikern, abortive 522.
— schwere 523.
Delirium acutum 390.
Delirium tremens 519. Behandlung des — 527.
Dementia paralytica 59.
Dementia paranoides 222.
Dementia praecox 207.

Effeminatio 122.
Ehescheidung wegen Geisteskrankheit 360.
Eifersuchtswahn der Alkoholisten 517.
Entmündigung 353.
Epilepsie, psychische 546.
Epileptische Geistesstörungen 541. Diagnose der — 556. Behandlung der — 555.
Ernährung Geisteskranker 189.

Familienbehandlung Geisteskranker 182.
Fetischismus 119. Der pathologische erotische — 146.
Fieberdelirien 367.
Fieberhafte Krankheiten, psychische Störungen bei — 363.

Gang bei Paralyse 99.
Gedächtnis bei Geisteskrankheiten 37.
Geheimmittel gegen Morphinismus 453.
Geisteskrankheiten, die klinische Untersuchung der — 1. Körperliche Untersuchung bei — 6. Erhebung der Anamnese bei — 23. Krankheitsursachen bei — 25. Alkoholismus und — 254, 511. Hereditäre Belastung bei — 28. Untersuchung der psychischen Vorgänge bei — 31. Prüfung der Sprache bei — 33. Die Behandlung der — 173. Die gerichtliche Begutachtung der — 341. Stellung der — im bürgerlichen Gesetzbuch 351.
Geistesschwäche 317.
— im bürgerlichen Recht 355.
Geistige Schwäche, Zustände von — 31.

Gerichtliche Begutachtung des Geisteszustandes 341.
Geschäftsunfähigkeit 355.
Gesetzgebung, Bekämpfung des Alkoholismus durch die — 271.
Gothenburgsches System der Bekämpfung des Alkoholismus 277.
Grand mal intellectuel bei Hysterischen 167.
Graviditätspsychosen 399.
Gutachten, das psychiatrische 341.
Gynandrie 123.

Hallucinatorisches Irresein, acutes 197, 533.
Hallucinatorischer Wahnsinn, acuter 533.
Hallucinatorischer Schwachsinn der Trinker 538.
Hallucinose, acute — der Trinker 533.
Hebephrenie 210, 213.
Hereditäre Belastung bei Geisteskranken 28.
Hermaphrodisie, psychische 121.
Homosexualität 122.
Hydrotherapie bei Geisteskrankheiten 189.
Hypersexualität 119.
Hypnose in der Behandlung Geisteskranker 188.
Hypomanie 480.
Hysterische Geistesstörungen 154. Prognose der — 170. Behandlung der — 171.
Hysterisches Temperament 156.
Hystero-epileptische Anfälle 166.

Ideenflucht 471.
Idiotismus 317.
Imbecillität 317. Diagnose der — 334. Prognose der — 337.
Inanitionsdelirien 389.
Infectionspsychosen 363. Prognose der — 392. Therapie der — 394. Pathologische Anatomie und Pathogenese der — 396.
Influenza, psychische Störungen bei — 371.
Irresein, circuläres 488.
— manisch-depressives 490.

Jugendirresein 210.

Katalepsie 15.
Katatonie 15, 210.
Katatonische Symptome 216.
Körpermessmethoden 6.
Kopfformen, pathologische 9.
Koprolagnie 145.
Korsakow'sche Psychose 527.
Korsakow'scher Symptomencomplex 391.

Lactationspsychosen 399.

Mässigkeitsbewegung 292.
Mania gravis 480.
Manie 467. Symptomatologie der — 470. Verlauf der — 475. Aetiologie der — 480. Diagnose der — 482. Prognose der — 483. Behandlung der — 485.
— periodische 485.
Manisch-depressives Irresein 488, 501.
Masochismus 143.
Medicamentöse Behandlung bei Geisteskranken 190.
Melancholie 493. Diagnose der — 499. Behandlung der — 507.
— neurasthenische 506.
— bei Gravidität 403, 405.
— auf hysterischer Basis 162.
Messungsmethoden 6.
Moral insanity 329.
Moria 168.
Morphinismus 412. Pathologie des — 417. Symptome des — 431.
Morphiumentziehung 437. Methoden der — 444.
Muskeltonus, Verhalten des — bei Gehirnkrankheiten 12.

Negativismus 13, 218.
Nervöse Depression 506.
Neurasthenische Melancholie 506.

Opium bei Geisteskranken 190.
Orientirtheit bei Geisteskrankheiten 37.

Paralyse, progressive s. Progressive Paralyse.
Paralytischer Anfall 90.
Paranoia 297. Differentialdiagnose der — 303. Behandlung der — 315.
— acute — der Trinker 533.
— auf hysterischer Basis 164.
Paranoide Formen der Dementia praecox 222.
Pathologischer Rausch 512.
Periodische Manie 467, 485.
Perversitäten des Sexuallebens 113.
Pflegschaft 351.
Phthise, psychische Störungen bei — 384, 391.
Polioencephalitis haemorrhagica superior 529.
Polyneuritische Geistesstörung 390, 527.
Porenkephalie 11.
Progressive Paralyse der Irren 59. Prodromalstadium der — 62. Initialstadium der — 67. Cardinalsymptome der — 78. Stadium acmes der — 94. Stadium terminale der — 102. Diagnose und Verlauf der — 103. Formen der — 105. Pathologische Anatomie der — 109. — Therapie der — 112.
Prophylaxe der Geisteskrankheiten 195.
Pseudomelancholie 506.
Psychiatrische Begutachtung vor Gericht 341.
Psychosen, alkoholistische 512.
— epileptische 541.
— hysterische 163.
— bei Infectionskrankheiten 363. Pathogenese der — 396. Diagnose der — 395. Prognose der — 392. Therapie der — 394.
— in Schwangerschaft und Puerperium 399.

Psychotherapie bei Geisteskrankheiten 187.
Puerperalpsychosen 399.
Pupillenreflexe bei Geisteskranken 20.

Rausch, pathologischer (complicirter) 512.
— deliranter und epileptoider 516.
Rechenvermögen bei Geisteskranken 41.
Reconvalescenz, psychische Störungen in der — 370.
Reflexe, Untersuchung der — bei Geisteskrankheiten 17.

Sadifetischismus 151.
Sadismus 137.
Schädelmessung 7.
Schlaflosigkeit bei Morphiumentziehungscuren, Behandlung der — 458.
Schlafmittel bei Geisteskranken 192.
Schriftprüfung bei Geisteskranken 43.
Schwachbegabte, Hilfsklassen für — 338.
Schwachsinn 317.
— der Trinker 538.
Schwangerschaft, psychische Störungen in der — 399.
Selbstmord bei Trinkern 256.
Sexuelle Perversionen 113.
— bei Heterosexualen 137.
Sinnestäuschungen bei Geisteskranken 45.
Sprache bei Geisteskranken 33.
— bei progressiver Paralyse 82.
Stimmungsanomalien 52.
Suggestivtherapie bei Geisteskranken 186.

Taboparalyse 87, 99, 106.
Testirfähigkeit 359.
Trinker, Lebensdauer der — 250.
Trinker, acuter hallucinatorischer Wahnsinn der — 533.
Trinkerheilstätten 283.
Trunksucht 225. Folgen der — 257. Ursachen der — 268. Bekämpfung der — 270.
— periodische 514.
Typhus, psychische Störungen bei — 367.

Viraginität 122.
Vormundschaft 352.

Wahnideen bei Geisteskranken 45.
Willensstörungen 54.

Zitterparalytiker 99.
Zopfabschneider 151.
Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen 169.
— Begutachtung der — 342.
Zwangsmittel in der Behandlung Geisteskranker 174.
Zwangsvorstellungen 57.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

51.